

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE MEDICINA

**Departamento de Medicina Preventiva, Salud Pública e
Historia de la Ciencia**



TESIS DOCTORAL

**Calidad de vida en la mujer con incontinencia urinaria y papel del
profesional sanitario y de la paciente, dentro del marco asistencial de
atención primaria en la Comunidad de Madrid**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

Patricia Valencia Orgaz

Directores

**David Martínez Hernández
María Dolores Martín Ríos**

Madrid, 2017

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA, SALUD PÚBLICA E
HISTORIA DE LA CIENCIA



TESIS DOCTORAL

Calidad de vida en la Mujer con
Incontinencia Urinaria y Papel del
Profesional Sanitario y de la Paciente, dentro
del Marco Asistencial de Atención Primaria
en la Comunidad de Madrid.

MEMORIA PARA ACCEDER AL GRADO DE DOCTOR
PRESENTADA POR

Patricia Valencia Orgaz

Madrid, 2015

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA, SALUD PÚBLICA E
HISTORIA DE LA CIENCIA



TESIS DOCTORAL

Calidad de vida en la Mujer con
Incontinencia Urinaria y Papel del
Profesional Sanitario y de la Paciente,
dentro del Marco Asistencial de Atención
Primaria en la Comunidad de Madrid.

PRESENTADO POR:

Patricia Valencia Orgaz

BAJO LA DIRECCIÓN DE LOS DOCTORES:

David Martínez Hernández
María Dolores Martín Ríos

Madrid, 2015

**Calidad de Vida en la Mujer con Incontinencia Urinaria
y Papel del Profesional Sanitario y de la Paciente,
dentro del Marco Asistencial de Atención Primaria
en la Comunidad de Madrid.**

Trabajo presentado por:

Dña. Patricia Valencia Orgaz

Dirigida por los Doctores:

D. David Martínez Hernández

Dña. María Dolores Martín Ríos

2015

Facultad de Medicina
Departamento de Medicina
Preventiva, Salud Pública e
Historia de la Ciencia.




Universidad
Complutense
Madrid



D. DAVID MARTÍNEZ HERNÁNDEZ, Profesor Titular del Departamento de Medicina Preventiva, Salud Pública e Historia de la Ciencia de la UCM.

HACE CONSTAR: Que, como director del trabajo de investigación presentado por Doña PATRICIA VALENCIA ORGAZ, bajo el título *"Calidad de vida en la mujer con incontinencia urinaria y papel del profesional sanitario y de la paciente, dentro del marco asistencial de Atención Primaria en la comunidad de Madrid"*, el doctorando realiza una apreciable actualización del tema, plantea unos objetivos adecuados al problema, los resultados son concretos y se ajustan a las conclusiones. Por todo lo anterior considero que reúne los requisitos de calidad para poder ser defendido como Tesis Doctoral.

Y, para que así conste, firmo el presente en Madrid, a veintitrés de septiembre de dos mil quince.




FACULTAD DE MEDICINA
DPTO. MEDICINA PREVENTIVA,
SALUD PÚBLICA E HISTORIA DE LA CIENCIA

Doña. María Dolores Martín Ríos, Profesora del Departamento de Medicina y Cirugía, Psicología, Medicina Preventiva y Salud Pública e Inmunología y Microbiología Médicas de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Rey Juan Carlos

CERTIFICA

Que el proyecto de tesis doctoral titulado **"CALIDAD DE VIDA EN LA MUJER CON INCONTINENCIA URINARIA Y PAPEL DEL PROFESIONAL SANITARIO Y DE LA PACIENTE, DENTRO DEL MARCO ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA EN LA COMUNIDAD DE MADRID"** ha sido realizado bajo mi dirección por D^a. Patricia Valencia Orgaz y reúne todos los requisitos científicos y formales para ser presentado y defendido ante el tribunal correspondiente.

Y para que así conste a todos los efectos, firmo el presente certificado en Madrid a veintidós de septiembre de dos mil quince.



Dra. María Dolores Martín Ríos

Agradecimientos

Siempre he creído que para alcanzar ciertos objetivos es necesario acompañarse de personas que sientan lo que puedes llegar a hacer, personas que se sientan preparadas para ayudarte a hacerlo posible y personas que den sentido a lo que haces. Por eso aprovecho para dar las gracias a:

Aquellas personas que sintieron lo que podía llegar a ser

Mi más profundo agradecimiento hacia la Dra. Ana Aliaga, mi tutora, mi mentora y mi amiga. Recuerdo el día que nos sentamos a hablar de posibles temas a estudio desde las consultas de Atención Primaria. Gracias por aconsejarme, motivarme y, en definitiva, gracias por enseñarme no lo que somos, sino lo que podemos llegar a ser.

Aprovecho también para agradecer a todo el equipo asistencial (administrativos, enfermería y medicina) de los Centros de Salud Ramón y Cajal y Gregorio Marañón. Recuerdo vuestra ilusión e implicación participando en la recogida de información. Gracias por hacer que una idea inicial se convirtiese en una realidad final.

Gracias a las Dras. Cristina Moral y Salomé Díaz, fieles compañeras y amigas. Recuerdo cómo compartimos este proyecto y ofrecisteis incorporar vuestro Centro de Salud al mismo. Gracias por vuestra sonrisa perpetua.

Entre las personas que se sienten preparadas para hacerlo posible

Gracias a mis directores, Dres. David Martínez y Lola Martín Ríos.

David, recuerdo el cuadro de *El hijo pródigo* que nos presentó. Gracias por acompañarme en la realización de este trabajo en la Universidad que me formó.

Lola, recordaré siempre tu gran generosidad ayudándome a realizar este trabajo. Gracias por confiar en mí, y gracias por esa magia que consigue que las cosas complicadas en tus manos se conviertan en sencillas, logrando hacer posible lo que para mí hubiera sido imposible.

Entre las personas que dan sentido a lo que haces

Agradezco a mis padres su continuo apoyo en éste y en todos los proyectos de mi vida. Gracias por permitirme soñar cada día y por comprender mis sueños.

Gracias Javier por tu paciencia y cariño sin condición.

Finalmente gracias a todas y cada una de las mujeres que me regalaron parte de su tiempo y de su vida participando en este trabajo. No recuerdo vuestras caras pero siempre recordaré que vosotras disteis sentido a tantas y tantas horas dedicadas en esta aventura que ha supuesto la elaboración de la Tesis Doctoral.

Gracias a todos, por haber sido eslabones en este trabajo y, si la fuerza de una cadena depende de la de cada uno de esos eslabones, gracias por hacerme sentir tan fuerte al final de este proyecto. Gracias.

*A mis padres, por ser siempre mis más
fieles incondicionales.*

*A Javier, por sumarse a esa
incondicionalidad.*

*“Cuando una puerta de la felicidad se cierra, otra se abre.
Pero solemos quedarnos mirando la puerta cerrada
por tanto tiempo, que no vemos la otra
que se ha abierto para nosotros”*

Hellen Keller

Índice de contenidos

ÍNDICE DE TABLAS	XXI
-------------------------	------------

ÍNDICE DE FIGURAS	XXVII
--------------------------	--------------

ABREVIATURAS	XXIX
---------------------	-------------

RESUMEN	XXXI
----------------	-------------

ABSTRACT	XXXVII
-----------------	---------------

1. INTRODUCCIÓN	1
1.1 DEFINICIÓN DE INCONTINENCIA URINARIA.....	3
1.2 FISIOPATOLOGÍA DE LA INCONTINENCIA URINARIA.....	5
1.3 CLASIFICACIÓN DE LA INCONTINENCIA URINARIA EN LA MUJER.....	9
1.3.1 INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO.....	9
1.3.2 INCONTINENCIA URINARIA DE URGENCIA.....	9
1.3.3 INCONTINENCIA URINARIA MIXTA.....	10
1.3.4 INCONTINENCIA URINARIA SEGÚN SEVERIDAD.....	10
1.4 EPIDEMIOLOGÍA DE INCONTINENCIA URINARIA.....	11
1.4.1 FACTORES DE RIESGO DE IU.....	11
1.4.1.1 Factores sociodemográficos.....	11
1.4.1.2 Factores antropométricos.....	13
1.4.1.3 Factores gineco-obstétricos.....	14
1.4.1.4 Factores estilos de vida.....	22
1.4.1.5 Factores consumo de fármacos.....	25
1.4.1.6 Factores enfermedades concomitantes.....	26
1.5 PREVALENCIA DE INCONTINENCIA URINARIA.....	27
1.5.1 VARIABILIDAD DE CIFRAS DE PREVALENCIA MUNDIALES.....	27
1.5.2 ESTUDIOS DE PREVALENCIA: EDAD E IU.....	27
1.5.3 ESTUDIOS DE PREVALENCIA: IU POR SUBTIPOS.....	29
1.5.4 ESTUDIOS DE PREVALENCIA: IU POR SEVERIDAD.....	31

1.5.5	PREVALENCIA DE IU EN ESPAÑA.....	32
1.5.6	PREVALENCIA DE IU A NIVEL INTERNACIONAL.....	38
1.5.7	COMPARACIÓN PREVALENCIA IU EN ESPAÑA Y A NIVEL INTERNACIONAL.....	39
1.5.8	COSTE DE INCONTINENCIA.....	40
1.6	CALIDAD DE VIDA E INCONTINENCIA URINARIA.....	41
1.6.1	CALIDAD DE VIDA E IU: PANORAMA ACTUAL.....	41
1.6.2	TIPOS DE CUESTIONARIOS DE CALIDAD DE VIDA QUE EXISTEN.....	43
1.6.3	FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CALIDAD DE VIDA.....	47
1.7	ATENCIÓN PRIMARIA E INCONTINENCIA URINARIA.....	54
1.7.1	ESTUDIOS DE PREVALENCIA, CALIDAD DE VIDA, INFRADIAGNÓSTICO, MEDIDAS TOMADAS..	54
1.7.2	PAPEL DEL MÉDICO DE AP.....	58
2.	<u>JUSTIFICACIÓN</u>	71
3.	<u>HIPÓTESIS Y OBJETIVOS</u>	77
3.1.	HIPÓTESIS.....	77
3.2.	OBJETIVOS.....	77
3.2.1	OBJETIVO GENERAL.....	77
3.2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	77
4.	<u>MATERIAL Y MÉTODOS</u>	81
4.1.	DISEÑO DEL ESTUDIO.....	83
4.2.	ÁMBITO DEL ESTUDIO.....	83
4.3.	POBLACIÓN DEL ESTUDIO.....	83
4.4.	MUESTRA.....	84
4.4.1	TAMAÑO MUESTRAL.....	84
4.4.2	MÉTODO DE MUESTREO.....	84
4.5.	FUENTE DE RECOGIDA DE DATOS.....	84
4.6.	DINÁMICA Y ESTRATEGIA DE RECOGIDA DE DATOS.....	85
4.7.	INTRUMENTOS DE RECOGIDA DE DATOS.....	87
4.8.	VARIABLES DE ESTUDIO.....	91
4.8.1.	VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.....	91

4.8.2.	VARIABLES GINECO-OBSTÉTRICAS.....	92
4.8.3.	VARIABLES DE ESTILOS DE VIDA.....	93
4.8.4.	VARIABLES DE CONSUMO DE FÁRMACOS.....	95
4.8.5.	VARIABLES DE ENFERMEDADES CONCOMITANTES.....	95
4.8.6.	VARIABLES REFERIDAS A LA IU.....	97
4.8.7.	VARIABLES DE CALIDAD DE VIDA E IU.....	99
4.8.8.	CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	99
4.8.9.	ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	99
5.	<u>RESULTADOS</u>	101
5.1.	DESCRIPTIVO DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	103
5.2.	FRECUENCIA DE IU Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS.....	106
5.2.1.	FRECUENCIA DE INCONTINENCIA URINARIA.....	106
5.2.2.	FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON IU.....	106
5.2.2.1	Factores de Riesgo relacionados con IU: Análisis Univariado.....	106
5.2.2.1.1	Factores de Riesgo sociodemográficos.....	106
5.2.2.1.2	Factores de Riesgo antropométricos.....	106
5.2.2.1.3	Factores de Riesgo gineco-obstétricos.....	108
5.2.2.1.4	Factores de Riesgo estilos de vida.....	109
5.2.2.1.5	Factores de Riesgo consumo de fármacos.....	110
5.2.2.1.6	Factores de Riesgo enfermedades concomitantes.....	112
5.2.2.2	Factores de Riesgo relacionados con IU: Análisis Multivariable.....	113
5.3.	TIPOS DE INCONTINENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS.....	114
5.3.1.	DESCRIPTIVO DE MUJERES INCONTINENTES DETECTADAS POR SUBTIPOS DE IU.....	114
5.3.2.	DESCRIPTIVO DE FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS SEGÚN SUBTIPOS DE IU.....	114
5.3.2.1	Factores de riesgo sociodemográficos.....	114
5.3.2.2	Factores de Riesgo antropométricos.....	115
5.3.2.3	Factores de Riesgo gineco-obstétricos.....	116
5.3.2.4	Factores de Riesgo estilos de vida.....	117
5.3.2.5	Factores de Riesgo consumo de fármacos.....	117

5.3.2.6 Factores de Riesgo enfermedades concomitantes.....	118
5.4. CALIDAD DE VIDA E INCONTINENCIA URINARIA.....	120
5.4.1. CALIDAD DE VIDA E INCONTINENCIA URINARIAS SEGÚN CUESTIONARIO ICIQ-SF.....	120
5.4.1.1. Descriptivo General CV e IU.....	120
5.4.1.2. Descriptivo Calidad de Vida por subtipos IU.....	123
5.4.2. CALIDAD DE VIDA E INCONTINENCIA URINARIAS SEGÚN CUESTIONARIO IIQ.....	126
5.4.2.1. Descriptivo General CV e IU.....	126
5.4.2.2. Descriptivo Calidad de Vida por subtipos IU.....	132
5.4.3. CORRELACIÓN PUNTUACIÓN CV ICIQ-SF E IIQ.....	135
5.4.4. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA CALIDAD DE VIDA.....	136
5.4.4.1. Análisis Univariado: Factores sociodemográficos y CV.....	136
5.4.4.2 Factores de Riesgo antropométricos.....	140
5.4.4.3 Factores de Riesgo gineco-obstétricos.....	142
5.4.4.4 Factores de Riesgo estilos de vida.....	149
5.4.4.5 Factores de Riesgo consumo de fármacos.....	155
5.4.4.6 Factores de Riesgo enfermedades concomitantes.....	158
5.5. ABORDAJE DE LA IU EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA.....	162
5.5.1. LA INCONTINENCIA URINARIA COMO MOTIVO DE CONSULTA.....	162
5.5.1.1. Análisis descriptivo desde el punto de vista de consulta y factores.....	162
5.5.1.2 Comparación de la frecuencia de incontinentes que consultan con un profesional vs la que consultan en otros ámbitos socio-familiares.....	168
5.5.1.3 Motivos de la no consulta.....	169
5.5.1.3.1 Descriptivo de los motivos de no consulta.....	169
5.5.1.3.2 Descriptivo de los motivos de no consulta con respecto a Factores de Riesgo...175	175
5.5.2. MEDIDAS ADOPTADAS FRENTE A LA INCONTINENCIA URINARIA.....	183
5.5.2.1. Análisis descriptivo de medidas adoptadas frente a IU.....	183
5.5.2.2. Uso de medidas frente a IU según frecuencia y cantidad de pérdida.....	183
5.5.2.3. Uso de medidas según distintos entornos socio familiares.....	185
5.5.2.4. Uso de medidas y su relación con la consulta profesional.....	186
5.5.2.5. Análisis descriptivo de medidas adoptadas por el médico de familia.....	192

6. DISCUSIÓN	195
6.1. ESTUDIO DE DETECCIÓN DE IU Y DE LOS PRINCIPALES FACTORES RELACIONADOS.....	197
6.1.1 DISCUSIÓN DESCRIPTIVO DE LA POBLACIÓN Y ÁMBITO DE ESTUDIO	197
6.2. FRECUENCIA DE IU, SUBTIPOS Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS.....	203
6.2.1 DISCUSIÓN FRECUENCIA DE IU.....	203
6.2.2 DISCUSIÓN FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON IU.....	207
6.2.3 DISCUSIÓN TIPOS DE IU Y FR ASOCIADOS POR SUBTIPOS.....	229
6.3. CALIDAD DE VIDA E INCONTINENCIA URINARIA.....	241
6.3.1. CALIDAD DE VIDA E INCONTINENCIA URINARIA SEGÚN EL CUESTIONARIO ICIQ-SF.....	242
6.3.1.1. Discusión CV (ICIQ) e IU.....	242
6.3.1.2. Discusión CV (ICIQ-SF) por subtipos IU.....	249
6.3.2. CALIDAD DE VIDA E INCONTINENCIA URINARIA SEGÚN EL CUESTIONARIO IIQ.....	252
6.3.2.1. Discusión CV (IIQ) e IU.....	252
6.3.2.2. Discusión CV (IIQ) por subtipos IU.....	260
6.3.3. CORRELACIÓN PUNTUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA ICIQ-SF E IIQ.....	262
6.3.4. DISCUSIÓN FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA CALIDAD DE VIDA.....	263
6.4. ABORDAJE Y COMPORTAMIENTOS DE LA MUJER INCONTINENTE Y DEL PROFESIONAL SANITARIO EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA.....	266
6.4.1. INCONTINENCIA URINARIA COMO MOTIVO DE CONSULTA Y ENTORNOS CONSULTADOS....	266
6.4.1.1. Discusión descriptivo de los motivos de no consulta de IU con profesionales.....	273
6.4.1.2. Discusión descriptivo de los motivos de no consulta de IU y FR relacionados.....	279
6.4.2. MEDIDAS ADOPTADAS FRENTE A LA INCONTINENCIA URINARIA.....	281
6.4.2.1. Discusión medidas adoptadas frente a la IU y diferencias de actitud en mujeres que consulta en diferentes entornos y las que no consultan.....	281
6.4.2.2. Discusión uso de medidas según distintos entornos socio familiares.....	285
6.4.2.3. Discusión de comportamientos y medidas adoptadas por el médico de familia.....	287
6.5 CONSIDERACIONES Y RECOMENDACIONES FINALES.....	291
7. CONCLUSIONES	293
8. BIBLIOGRAFÍA	299

- 9.1** Anexo 1: Cuestionario de detección de IU Vila et Cols.
- 9.2** Anexo 2: Cuestionario Calidad de Vida ICIQ-SF
- 9.3** Anexo 3: Cuestionario de Calidad de Vida Incontinence Impact Questionnaire
- 9.4** Anexo 4: Modelo de consentimiento informado
- 9.5** Anexo 5: Cuestionario de estudio
- 9.6** Anexo 6: Variables sociodemográficas y antropométricas
- 9.7** Anexo 7: Variables gineco-obstétricas
- 9.8** Anexo 8: Variables enfermedades concomitantes (I)
- 9.9** Anexo 9: Variables enfermedades concomitantes (II)
- 9.10** Anexo 10: Variables enfermedades concomitantes (III)
- 9.11** Anexo 11: Variables enfermedades concomitantes (IV)
- 9.12** Anexo 12: Variables estilos de Vida (I)
- 9.13** Anexo 13: Variables estilos de Vida (II)
- 9.14** Anexo 14: Variables detección Incontinencia Urinaria
- 9.15** Anexo 15: Variables Consulta profesional
- 9.16** Anexo 16: Variables motivos de no consulta
- 9.17** Anexo 17: Variables adopción de medidas
- 9.18** Anexo 18: Variables Calidad de Vida

Índice de tablas

Tabla 1: Cambios relacionados con la edad que pudieran contribuir al desarrollo de IU.....	12
Tabla 2: Fármacos que tienen influencia en el desarrollo de IU y su mecanismo de producción..	25
Tabla 3: Prevalencia de distintos tipos de IU según diferentes autores.....	31
Tabla 4: Estudios de prevalencia de IU publicados en España.....	33
Tabla 5: Prevalencia IU en las mujeres en España % IU IC 95% Hunskaar S. et al., 2004.....	35
Tabla 6: Prevalencia IU España % Observatorio Nacional de Incontinencia.....	36
Tabla 7: Evolución de pacientes diagnosticados de IU en España.....	37
Tabla 8: Estimación de personas afectadas por IU en España en la actualidad.....	38
Tabla 9: Cuestionarios altamente recomendados por la ICS.....	46
Tabla 10: Distribución de la población de estudio según centro y año (I).....	103
Tabla 11: Distribución de la población de estudio según centro y año (II).....	103
Tabla 12: Distribución características clínico-epidemiológicas de la población de estudio.....	105
Tabla 13: Distribución y riesgo de IU según factores sociodemográficos.....	106
Tabla 14: Distribución Medias de Edad entre las distintas categorías de estado civil.....	107
Tabla 15: IU y valores medios de variables antropométricas.....	108
Tabla 16: Riesgo de IU según IMC.....	108
Tabla 17: Distribución y riesgo de IU según factores gineco-obstétricos.....	109
Tabla 18: Distribución de Incontinentes/Continentes según el número de partos y Riesgo.....	109
Tabla 19: Distribución y riesgo de IU según estilos de vida.....	110
Tabla 20: Tipo ejercicio realizado y riesgo de IU.....	110
Tabla 21: Distribución y riesgo de IU según frecuencia práctica ejercicio.....	110
Tabla 22: Distribución y riesgo de IU según la consumo de fármaco.....	111
Tabla 23: Distribución y riesgo de IU según N° fármacos.....	111
Tabla 24: Distribución de cada tipo de fármaco entre continentes/incontinentes y riesgo.....	111
Tabla 25: Distribución y riesgo de IU según Enfermedad concomitante.....	112

Tabla 26: Distribución y Riesgo de IU según tipo enfermedad.....	112
Tabla 27: Principales factores asociados a la IU.....	113
Tabla 28: Distribución subtipos de IU en función de antecedentes sociodemográficos.....	115
Tabla 29: Valores medios de variables antropométricas según subtipos IU.....	115
Tabla 30: Distribución de subtipos de IU entre las categorías de IMC.....	116
Tabla 31: Distribución de subtipos de IU según antecedentes gineco-obstétricos.....	116
Tabla 32: Distribución de subtipos de IU según número de partos.....	117
Tabla 33: Distribución subtipos de IU según estilos de vida.....	117
Tabla 34: Distribución de subtipos de IU según fármacos.....	118
Tabla 35: Distribución de subtipos de IU según antecedente de enfermedad.....	119
Tabla 36: Distribución de mujeres incontinentes según los distintos ítems de ICIQ-SF.....	120
Tabla 37: Distribución de las incontinentes según grado de afectación en CV según ICIQ.....	121
Tabla 38: Puntuación media en CV según ICIQ-SF según estratos de edad.....	121
Tabla 39: Afectación en CV ICIQ-SF según estratos etarios estudiados.....	121
Tabla 40: Relación de cuantía de pérdida según la frecuencia de pérdidas.....	122
Tabla 41: Afectación en CV ICIQ-SF según la frecuencia de pérdidas.....	122
Tabla 42: Afectación en CV ICIQ-SF según cantidad de pérdida.....	123
Tabla 43: Puntuación media de Afectación de CV según ICIQ-SF.....	123
Tabla 44: Comparaciones Múltiples: Nivel de significación.....	124
Tabla 45: Distribución de la afectación en CV ICIQ según subtipos de IU.....	124
Tabla 46: Distribución subtipos de IU entre ítem Cuestionario SF: Frecuencia pérdidas.....	125
Tabla 47: Distribución subtipos de IU entre ítem Cuestionario SF: opinión de pérdida.....	125
Tabla 48: Puntuación Media y Percentiles escala analógico/visual ICIQ-SF por subtipos IU....	125
Tabla 49: Distribución subtipos de IU entre ítem Cuestionario ICIQ-SF: Otros.....	126
Tabla 50: Distribución de las incontinentes según el grado de afectación en CV según IIQ.....	126
Tabla 51: Puntuación Media IIQ según grupos de edad.....	127
Tabla 52: Distribución de incontinentes por edad según categoría de afectación CV IIQ.....	127
Tabla 53: Distribución grado afectación CV IIQ según frecuencia pérdida.....	127

Tabla 54: Distribución grado afectación CV IIQ según cuantía de pérdida.....	127
Tabla 55: Distribución de impacto CV según los distintos ítems de ICIQ.....	128
Tabla 56: Puntuación Media (DE) por subescalas IIQ.....	128
Tabla 57: Puntuación Media por rangos etarios en cada una de las subescalas IIQ.....	129
Tabla 58: Grado de afectación según cantidad y frecuencia de pérdidas por subescalas.....	130
Tabla 59: Distribución afectación en CV IIQ según cantidad de pérdidas en cada esfera.....	131
Tabla 60: Puntuación media de Afectación de CV según IIQ.....	132
Tabla 61: Distribución de los subtipos de IU según el grado de afectación en CV según IIQ.....	132
Tabla 62: Puntuación media e IC de cada esfera CV IIQ por subtipos de incontinencia.....	133
Tabla 63: Distribución de subtipos IU según grado de afectación en CV.....	134
Tabla 64: Distribución de variables sociodemográficas según grado afectación CV (ICIQ).....	136
Tabla 65: Distribución de variables sociodemográficas según grado afectación en CV (IIQ).....	137
Tabla 66: Puntuación Media IIQ Esferas IIQ según estado civil.....	137
Tabla 67: Puntuación Media Esferas IIQ según nivel de estudios.....	139
Tabla 68: Distribución de la afectación en CV según categorías de IMC (ICIQ).....	140
Tabla 69: Distribución de la afectación en CV según categorías de IMC (IIQ).....	140
Tabla 70: Puntuación Media IIQ Esferas IIQ según nivel de IMC.....	141
Tabla 71: Distribución afectación CV entre las mujeres con/sin antecedente menopausia (ICIQ).....	142
Tabla 72: Distribución afectación CV entre las mujeres con/sin antecedente menopausia (IIQ).....	143
Tabla 73: Puntuación Media por esferas IIQ entre mujeres con/sin FR menopausia.....	144
Tabla 74: Puntuación Media IIQ Esfera Actividades Domésticas según legrado sí/no.....	145
Tabla 75: Puntuación Media Esferas IIQ según histerectomía sí/no.....	146
Tabla 76: Puntuación Media IIQ Esfera Actividades Domésticas según prolapso sí/no.....	147
Tabla 77: Puntuación Media IIQ Esfera Actividades Domésticas según cesárea sí/no.....	148
Tabla 78: Puntuación Media IIQ por esferas según parto sí/no.....	149
Tabla 79: Distribución afectación CV entre mujeres con/sin antecedente estreñimiento (ICIQ).....	150
Tabla 80: Distribución afectación CV entre mujeres con/sin antecedente estreñimiento (IIQ).....	150

Tabla 81: Puntuación Media IIQ por esferas según estreñimiento sí/no.....	151
Tabla 82: Puntuación Media IIQ por esferas según ejercicio sí/no.....	152
Tabla 83: Puntuación Media IIQ por esferas según consumo alcohol sí/no.....	153
Tabla 84: Puntuación Media IIQ por esferas según fumar sí/no.....	154
Tabla 85: Distribución afectación CV entre consumidoras/no consumidoras fármacos (ICIQ)....	155
Tabla 86: Distribución afectación CV entre consumidoras/no consumidoras fármacos (IIQ).....	155
Tabla 87: Puntuación Media IIQ por esferas según fármacos sí/no.....	156
Tabla 88: Distribución de CV ICIQ entre consumidoras o no, de cada tipo fármaco.....	157
Tabla 89: Distribución afectación CV IIQ entre mujeres consumidoras o no.....	158
Tabla 90: Distribución afectación CV entre mujeres con/sin antecedente de enfermedad.....	159
Tabla 91: Distribución en la afectación en CV entre las mujeres con determinadas enfermedades concomitantes y sin ellas.....	159
Tabla 92: Distribución afectación CV entre mujeres con/sin antecedente consumo fármacos...	160
Tabla 93: Puntuaciones medias por esferas IIQ y comparación entre las consumidoras de fármacos y las no consumidoras.....	160
Tabla 94: Distribución en la afectación en CV entre las mujeres con determinadas enfermedades concomitantes y sin ellas.....	161
Tabla 95: Distribución de incontinentes que consultan entre el nº de profesionales consultados.....	162
Tabla 96: Distribución de las incontinentes que consultan según el profesional.....	162
Tabla 97: Frecuencia de mujeres que consultan/no consultan y profesional consultado según edad.....	163
Tabla 98: Puntuación media por esferas IIQ entre las mujeres que si/no consultan con su MAP.	164
Tabla 99: Distribución mujeres consultan con profesional según factores de riesgo.....	165
Tabla 100: Porcentaje de mujeres con Afectación en CV ICIQ que consultan/no consultan.....	166
Tabla 101: Porcentaje de mujeres que consultan/no consultan según frecuencia de pérdidas....	166
Tabla 102: Porcentaje de mujeres que consultan/no consultan según cantidad de pérdidas.....	167
Tabla 103: Afectación en Calidad de Vida (IIQ) y Consulta SI/NO.....	167

Tabla 104: Puntuación Media esferas IIQ entre las mujeres que consultan y las que no lo hacen.....	167
Tabla 105: Frecuencia de consulta/no consulta por subtipos de IU.....	168
Tabla 106: Incontinentes que comunican su problema en su entorno habiendo consultado o no con un profesional.....	168
Tabla 107: Distribución de las incontinentes por entornos de consulta.....	169
Tabla 108: Motivos de no consulta.....	169
Tabla 109: Distribución de motivos de no consulta según edad.....	170
Tabla 110: Distribución entre las que refieren o no determinados motivos de no consulta según frecuencia de pérdida urinaria.....	171
Tabla 111: Distribución de motivos de no consulta según cantidad de pérdida.....	172
Tabla 112: Distribución motivos de no consulta entre subtipos de incontinencia.....	173
Tabla 113: Puntuación media de esferas de CV IIQ entre determinados motivos de no consulta.....	174
Tabla 114: Distribución mujeres que no dan importancia a IU según factores de riesgo.....	177
Tabla 115: Frecuencia de Factores de Riesgo en las mujeres que sienten vergüenza.....	178
Tabla 116: Frecuencia de F.R. en las mujeres que piensan no tiene solución.....	179
Tabla 117: Frecuencia de F.R. en las mujeres que consideran el proceso normal.....	180
Tabla 118: Frecuencia de F.R. en las mujeres que se preocupan por pruebas complementarias.....	182
Tabla 119: Frecuencia de F.R. en las mujeres que no confían en su MAP.....	183
Tabla 120: Distribución del total de mujeres que responden sobre cada medida y el uso de cada una de esas medidas.....	183
Tabla 121: Distribución mujeres usan/no usan determinada medida según frecuencia IU.....	184
Tabla 122: Distribución mujeres usan/no usan determinada medida según frecuencia IU.....	185
Tabla 123: Distribución de entornos de consulta según adopción de medidas.....	186
Tabla 124: Distribución de consulta con diferentes entornos socio familiares según uso de determinadas medidas.....	186
Tabla 125: Comparación de medidas adoptadas entre incontinentes que consultan con profesionales y las que no lo hacen.....	187

Tabla 126: Distribución de las incontinentes que consultan si/no según uso de medidas.....	187
Tabla 127: Comparación de afectación CV esferas ICIQ-SF según consulta si/no en mujeres que usan absorbentes.....	188
Tabla 128: Relación entre consulta/no consulta y uso de absorbentes por edad.....	188
Tabla 129: Relación entre consulta/no consulta y el uso de absorbentes por subtipo IU.....	189
Tabla 130: Relación entre mujeres que consultan y que no consultan con respecto al uso/no uso de absorbentes según afectación en CV ICIQ.....	189
Tabla 131: Relación entre mujeres que consultan y que no consultan con respecto al uso/no uso de absorbentes según afectación en CV IIQ.....	190
Tabla 132: Distribución de uso/no uso de absorbentes entre las mujeres que no consultan según frecuencia de pérdida.....	191
Tabla 133: Adopción o no de medidas según frecuencia/cuantía de pérdida entre mujeres que consultan con su MAP.....	192
Tabla 134: Cuantificación de mujeres que usaron cada una de las medidas.....	192
Tabla 135: Distribución de frecuencia de pérdida según medida tomada.....	193
Tabla 136: Distribución de cantidad de pérdida entre determinadas medidas.....	193

Índice de figuras

Figura 1: Fascia endopélvica. Niveles de la fascia según JO. DeLancey.....	6
Figura 2: Prevalencia de la incontinencia urinaria en función de la gravedad y la edad. Estudio EPICONT.....	12
Figura 3: Riesgo relativo de IU según la edad y la paridad. Datos del estudio de Rortveit et al. y Chiarelli et al.	13
Figura 4: Prevalencia de la incontinencia por edades y número de partos según Rortveit et al....	16
Figura 5: Prevalencia de la IU (“cualquier pérdida”) en mujeres > 20 años. Datos del estudio EPICONT.	28
Figura 6: Distribución de los diferentes tipos de IU según grupos de edad. Datos del estudio EPICONT.	30
Figura 7: Prevalencia IU en mujeres (ONI).	37
Figura 8: Comparación de prevalencia IU de España con prevalencias internacionales.....	39
Figura 9: Algoritmo de actuación en AP.	68
Figura 10: Esquema de dinámica y estrategia de recogida de datos: invitación y entrevista.....	85
Figura 11: Dinámica de estudio: Test de Detección, Repercusión CV y Comportamientos y Medidas adoptadas por la mujer y por el profesional.	86
Figura 12: Procedimiento para obtener la población a estudio.	104
Figura 13: Nivel de estudios y edad según situación de continencia/incontinencia.	107
Figura 14: Distribución de puntuación media de afectación en CV según subtipos IU.....	123
Figura 15: Correlación entre cuestionarios ICIQ-SF y cuestionario IIQ.	135

Abreviaturas

ACV	Accidente Cerebrovascular
AP	Atención Primaria
CV	Calidad de Vida
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades
DE	Desviación Estándar
E	Especificidad
EPOC	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
EVA	Escala Analógica Visual
FR	Factor de Riesgo
IC	Intervalo de confianza
ICS	International Continence Society
ICIDH-2	International Classification of Functioning Disability and Health-2
ICIQ-SF	International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form
IIQ	Incontinence Impact Questionnaire
IMC	Índice de Masa Corporal
ISI	Índice de Gravedad de la Incontinencia
IU	Incontinencia Urinaria
IUE	Incontinencia Urinaria de Esfuerzo
IUM	Incontinencia Urinaria Mixta
IUU	Incontinencia Urinaria de Urgencia
KHQ	Kings Health Questionary
NNT	Número Necesario a Tratar
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONI	Observatorio Nacional de Incontinencia
OR	Odds Ratio
RR	Riesgo Relativo
RMSP	Rehabilitación muscular del Suelo Pélvico
S	Sensibilidad
SEEDO	Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad
THS	Terapia Hormonal Sustitutiva
TUI	Tracto Urinario Inferior
VH	Vejiga hiperactiva
VPP	Valor Predictivo Positivo
vs	Versus

Resumen

INTRODUCCIÓN

La incontinencia urinaria (IU) constituye un problema médico y social importante que afecta aproximadamente a 6,5 millones de mujeres españolas y que ocasiona un coste alto para la sanidad. Supone un impacto notable sobre la calidad de vida (CV) afectando a múltiples aspectos de la vida diaria, en su entorno social, físico, sexual, psicológico y doméstico. A pesar de este impacto, su prevalencia no está bien establecida, oscilando entre mujeres adultas de todas las edades entre un 20 y un 50%. La evolución de las pacientes diagnosticadas de IU en nuestro país ha ido en aumento en los últimos años existiendo en la actualidad una prevalencia global del 24%.

Actualmente y a pesar de esta tendencia creciente, el impacto que genera en CV y el coste que supone, continúa siendo uno de los problemas de salud más desconocido por la sociedad incluso por los propios médicos, lo que origina situaciones de marginación, aislamiento, infradiagnóstico e infratratamiento.

Esto se debe por un lado al bajo índice de consulta por parte de la mujer con IU, consecuencia de consideraciones erróneas tales como vergüenza o aceptación, así como por desconocimiento de las opciones terapéuticas existentes. Por otra parte, entre las mujeres que consultan con profesionales, en un alto porcentaje no se realiza una intervención adecuada.

Además del bajo índice de consulta por parte de las pacientes, es destacable que los médicos de Atención Primaria (AP) tampoco realizan una búsqueda activa en su práctica diaria para que el problema aflore a su dimensión real, considerándolo poco importante.

Es fundamental la detección precoz de mujeres con IU, ya que hay un mejor pronóstico cuando se aborda en fases iniciales. El ámbito de la AP resulta el nivel asistencial idóneo para la detección precoz de mujeres con IU y además, porque muchos de los tratamientos conservadores y preventivos pueden ofrecerse desde el mismo.

Las escasas investigaciones epidemiológicas a este respecto, el desconocimiento de la frecuencia y de los distintos tipos de IU en nuestro área sanitaria, su repercusión en la CV de la mujer, la actitud frente a la misma y la necesidad de investigar y sensibilizar sobre el abordaje desde el marco asistencial de la Atención Primaria, son los objetivos que han motivado la realización del presente trabajo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha llevado a cabo un estudio observacional transversal, cuya población de estudio ha sido mujeres mayores de 18 años correspondientes a los cupos de doce consultas médicas de dos Centros de Salud de la Dirección Asistencial Oeste de la Comunidad de Madrid, en quienes se detectó IU, tras realización de un test validado en Atención Primaria.

Entre las mujeres detectadas como incontinentes se procedió a la entrega de unos cuestionarios para la valoración de la CV (cuestionario ICIQ-SF y cuestionario IIQ-Q) autoadministrados, traducidos y validados en español. También se recogió información relacionada con la consulta o no de este problema en ámbitos profesionales y sociofamiliares, así como sobre las medidas tomadas.

Las variables del estudio se obtuvieron mediante entrevista directa y recogen, además de las mencionadas (CV, motivo de consulta, profesionales consultados y medidas adoptadas), la clasificación de IU por subtipos y los factores de riesgo para IU (variables sociodemográficas, antropométricas, ginecoobstétricas, estilos de vida, consumo de fármacos y enfermedades concomitantes).

RESULTADOS

Se estudiaron un total de 819 mujeres, de las cuales el 28% (n=231) fueron detectadas como incontinentes y de ellas, más de la mitad presentaron el subtipo de incontinencia urinaria mixta (IUM) (55,4%), seguidas en frecuencia por la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) (26,4%) y la incontinencia urinaria de urgencia (IUU) (18,2%).

Los principales factores asociados a la IU tras ajustar en un modelo predictivo de regresión logística fueron la edad mayor de 45 años (OR=1,57; IC 95% 1,01-2,45), el consumo de alcohol (OR=2,17; IC 95% 1,08-4,33), el estreñimiento (OR=1,71; IC 95% 1,15-2,54), el parto vaginal (OR=1,73; IC 95% 1,14-2,63), la cirugía ginecológica (OR=1,56; IC 95% 1,11-2,19), el consumo de fármacos (OR=1,50; IC 95% 1,07-2,10) y el sobrepeso (OR=1,04; IC 95% 0,99-2,00).

El 76% de las mujeres incontinentes refieren afectación en la CV del orden de moderada-leve según cuestionario ICIQ-SF, siendo las mujeres con edad superior a los 45 años las que obtienen puntuaciones más altas y por tanto mayor afectación en CV. Cuanto mayor es la severidad de la incontinencia, entendida como pérdidas de orina más frecuentes y más cuantiosas, mayor es la afectación en CV moderada-severa ($p < 0,0001$). Por subtipos de incontinencia, son las mujeres con IUM las que mayor afectación en CV presentan (el 70% refiere afectación moderada-severa) mientras que mujeres con IUE o IUU refieren afectación en CV leve-moderada ($p=0,019$). La IUM es el subtipo más frecuente entre mujeres con pérdidas de orina continuas (88% son del tipo IUM; $p < 0,001$), así como entre mujeres con mucha cantidad de pérdida (71,4% son del tipo IUM; $p < 0,04$).

Según el cuestionario de CV IIQ-SF, el 74% de las mujeres detectadas como incontinentes refieren algún grado de afectación en su CV, siendo la afectación del orden leve-moderada la más habitual (70% de las incontinentes). Las esferas de la vida entre las que se observa mayor afectación en CV son “actividad física”, “capacidad para viajes”, “relaciones sociales” y “estado de ánimo”. Según este cuestionario, no se ha encontrado relación estadísticamente significativa entre impacto en CV y edad. Sin embargo, sí se asoció una peor CV a mayor severidad de IU (el 60% de las mujeres con mucha cantidad de pérdida, y el 71% con pérdidas continuas presentan afectación en CV moderada-severa, siendo estas diferencias estadísticamente significativas). A este respecto, las mujeres con mayores cantidades de pérdida obtienen mayores puntuaciones y por tanto peor CV en esferas de “viajes”, “actividades físicas” y “actividades recreativas” (respectivamente, 55%, 50% y 40% refieren afectación severa). Por su parte, las mujeres con mayores frecuencias de pérdida tienen peor CV en cualquiera de las esferas. No existen diferencias en el grado de afectación en CV, global ni por esferas, según subtipos de IU.

Son las mujeres con mayores niveles de formación las que indicaron menor afectación en CV según el cuestionario ICIQ-SF ($p=0,030$) pero no se encontraron diferencias significativas con el cuestionario IIQ. Las mayores puntuaciones en esferas de vida medidas con el IIQ asociadas a determinadas variables fueron “sentirse desgraciada” entre las mujeres viudas ($p=0,019$) y las esferas de “actividad recreativa” ($p=0,037$) y de “sentimiento desgraciado” ($p=0,043$) entre las mujeres con menores niveles de formación. El 50% de incontinentes con antecedente de prolapso refieren grado de afectación moderado-severo ($p=0,05$), siendo las esferas más afectadas la “actividad recreativa” ($p=0,003$), “viajes” ($p=0,008$), “social” ($p=0,009$) “estado de ánimo” ($p=0,033$) y “sentirse desgraciada” ($p=0,045$). También puntúan más alto en la esfera de “sentirse desgraciada” las mujeres con antecedente de histerectomía ($p=0,053$). La esfera de “actividades recreativas” se afecta también más entre mujeres con antecedente de enfermedad concomitante (aunque en el límite de la significación estadística, $p=0,062$), siendo la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el antecedente de tumores los que muestran una asociación estadísticamente significativa con respecto al impacto en CV.

El 67% de las mujeres con IU nunca habían consultado este problema con profesionales sanitarios. Los motivos para este bajo índice de consulta fueron principalmente el “no darle importancia” (41,3%; $n=59$) o “considerarlo un proceso normal” (36,3%; $n=52$). Se encontró asociación estadística entre no consultar por no darle importancia y 1) menor edad, 2) tener pérdidas de orina escasas o poco frecuentes y 3) tener el subtipo IUU. Por otra parte, las mujeres que no identifican éste como su motivo de no consulta son de mayor edad, tienen mayores pérdidas y pertenecen frecuentemente a los subtipos IUE o IUM. Al no darle importancia, las puntuaciones obtenidas en las esferas de CV de “actividades domésticas” “actividad física” y “sentirse frustrado” son menores en estas mujeres, siendo estas

diferencias estadísticamente significativas. Las mujeres que no consultan por sentir vergüenza puntúan más alto en la esfera de “actividad física” ($p=0,015$), comparado con mujeres sin este sentimiento. Finalmente, las mujeres que no consultan por “pensar que no tiene solución” puntúan más alto en la afectación de las esferas de “actividad física” y “doméstica”, comparado con las mujeres que no piensan así, siendo estas diferencias estadísticamente significativas.

Las mujeres solteras, con niveles de formación más altos, no menopáusicas, sin antecedente de parto, sin estreñimiento y no consumidoras de fármacos, muestran una asociación estadísticamente significativa con no consultar por no darle importancia a su IU. Las que refieren que sienten vergüenza o piensan que no tiene solución son principalmente mujeres sin estudios, siendo esta asociación significativa. Aquellas con antecedente de histerectomía y las que tienen enfermedades concomitantes refieren principalmente no consultar por considerar su IU un proceso normal, observándose relación estadísticamente significativa.

Sólo una de cada tres mujeres con IU consultó por este motivo con un profesional. Las mujeres mayores consultan más (entre las mayores de 55 años un 40% consultan $p=0,001$) y de la misma forma, las viudas, las mujeres con bajos niveles de formación, los antecedentes de cesárea y estreñimiento se asocian de manera estadísticamente significativa con mayores porcentajes de demanda de ayuda profesional por parte de la mujer. Las mujeres con IUE son las que menos consultan con profesionales, seguidas de las mujeres con IUU, siendo las mujeres con IUM las que más consultan. Estas asociaciones son estadísticamente significativas.

Cuanto mayor impacto hay en CV mayor es la consulta con profesionales, mientras que entre las mujeres con afectación leve en CV, el índice de consulta es muy bajo (entre las mujeres con afectación leve, medida con el ICIQ, sólo el 12% consultaron, o bien el 33% medida con el IIQ). Estos resultados presentan significación estadística ($p<0,001$). Cabe destacar que del orden del 35% o del 20% de las mujeres con afectación severa según ICIQ o IIQ respectivamente, no consultaron con profesionales a pesar de esa gran influencia en su vida. Cualquiera de las esferas de CV está más afectada entre las que consultan que entre las que no.

Del total de mujeres que consultaron su problema con un profesional ($n=77$), un 74% no lo habían hecho con su entorno socio-familiar más cercano, siendo más habitual que la comunicación del problema en entornos íntimos (familia, pareja, amigos) se dé cuando la mujer lo había consultado con un profesional que cuando no lo había hecho, mostrando dicha asociación significación estadística.

Entre las mujeres con IU el 64% tomaron alguna medida, siendo más habituales las medidas de automanejo y paliativas (absorbentes 84,5%) y menos frecuentes las opciones resolutivas de ejercitación de suelo pélvico (13%).

Frente al bajo índice de consulta señalado, es más frecuente la actitud de tomar medidas entre las que sí consultan con algún profesional (el 88% entre las que consultan toman medidas frente al 50% entre las que no consultan). Sin embargo, no existen diferencias respecto a la opción por una medida concreta u otra entre las que consultan con un profesional y las que no lo hacen.

El profesional más consultado fue el médico de Atención Primaria (66%, n=51), y el 65% de mujeres que consultan con él toman medidas, siendo las más habituales la derivación a atención especializada (39%), toma de fármacos (27,5%), ejercicios de suelo pélvico (25,5%) y absorbentes (20%). El 35% de las mujeres con incontinencia no toman medidas frente a la misma a pesar de haber comentado su problema con su médico.

Sólo un bajo porcentaje de las mujeres con IU toman medidas tras consultar en entornos socio-familiares (22%, 15% y 12% en entornos familiares, pareja y amigos respectivamente). Aún es menor la adopción de medidas entre aquellas mujeres que no comentan su problema en entornos personales. No se encontraron diferencias respecto a la opción por una medida u otra según el entorno socio-familiar consultado, a excepción de la opción de minimizar el consumo de líquidos, que se da con más frecuencia entre mujeres que comentan con alguno de estos entornos frente a las que no comentan con ninguno.

CONCLUSIÓN

El porcentaje de mujeres que demandaron consulta médica por otro motivo en Atención Primaria y detectadas como incontinentes no es despreciable (28%), siendo muy frecuente, en una gran mayoría de estas mujeres (74%) algún grado de afectación en su calidad de vida. Por otro lado, pocas mujeres consultaron por su problema a un profesional y cuando lo hicieron, lo más frecuente fue hacerlo con su médico de familia.

Si bien la mayoría de mujeres incontinentes optan por algún tipo de medida frente a su IU, consideramos necesario, a raíz de los resultados del estudio, una mayor sensibilización por parte del médico de Atención Primaria, en la detección de la incontinencia urinaria en mujeres que acuden a la consulta para lograr, con ello, una mejora en su calidad de vida.

Abstract

INTRODUCTION

Urinary incontinence (UI) is an important medical and social problem that affects approximately 6.5 million Spanish women and is a high cost for the health system. It represents a significant impact on quality of life (QOL), affecting many aspects of daily life: social, physical, sexual, psychological and domestic. Despite this impact, its prevalence is not well established, ranging between 20 and 50% in adult women of all ages. The number of patients diagnosed with UI in our country has been increasing in recent years and there is now a global prevalence of 24%.

Currently, despite this growing trend, the impact it has on QOL and the cost involved, it remains one of the most unknown health problems to society, even to the doctors themselves, resulting in situations of marginalisation, isolation, under-diagnosis and under-treatment.

This is due in part to the low rate of consultation by women with UI, as a result of erroneous considerations such as shame or acceptance, as well as ignorance of existing therapeutic options. Moreover, in a high percentage of women an appropriate procedure is not performed, even in those who consult with a professional.

Besides the low consultation by patients, it is also noteworthy that primary care (PC) physicians in their daily practice don't actively search to bring the problem to its real dimension and tend to consider it unimportant.

The early detection of women with UI is essential, as there is a better prognosis when approached in early stages. The scope of Primary Care is the ideal care level for early detection of women with UI, also because many of the conservative and preventive treatments can be offered.

The few epidemiological investigations on this topic, the ignorance about its frequency and the different types of UI in our health area, its impact on the QOL of women, the general attitude towards it and the need to investigate and raise awareness of the approach from the ambit of primary care, are the objectives that have motivated this study.

METHODS

An observational cross-sectional study was conducted, whose study population were women over 18 years corresponding to twelve medical consultations of two health centres in the Care Management of the West of the Community of Madrid (Dirección Asistencial Oeste de la Comunidad de Madrid), in which IU was detected after conducting a test, validated in primary care.

Questionnaires were delivered for assessing QOL (ICIQ-SF questionnaire and IIQ-Q questionnaire) among women identified as incontinent. Questionnaires were self-administered, translated and validated in Spanish. Information related to whether this problem was discussed in professional, social and family circles was also collected, as well as details about measures taken.

The study variables were obtained by direct interview. These include, in addition to those mentioned (QOL, complaint, consulted professionals and measures taken), the UI classification in subtypes and the risk factors for UI (sociodemographic, anthropometric, gynaecological and obstetric variables, lifestyle, drug consumption and concomitant diseases).

RESULTS

A total of 819 women were studied, of which 28% (n=231) were detected as incontinent and of these, more than half presented the Mixed Urinary Incontinence (MUI) subtype (55.4%), followed in frequency by Stress Urinary Incontinence (SUI) (26.4%) and Urge Urinary Incontinence (UII) (18.2%).

The main factors associated with UI after adjusting in a predictive logistic regression model were age over 45 years (OR=1.57; CI 95% 1.01-2.45), alcohol consumption (OR=2.17; CI 95% 1.08-4.33), constipation (OR=1.71; CI 95% 1.15-2.54), vaginal delivery (OR=1.73; CI 95% 1.14-2.63), gynaecological surgery (OR=1.56; CI 95% 1.11-2.19), consumption of drugs (OR=1.50 ; CI 95% 1.07-2.10), overweight (OR=1.04 ; CI 95% 0.99-2.00).

76% of incontinent women report a mild to moderate impact on their Quality of Life (QOL) according to ICIQ-SF questionnaire. Women over 45 years had higher scores and therefore a greater impact on of their QOL. The greater the severity of incontinence, defined as more frequent and more substantial leakage of urine, the more frequent the moderate to severe impact on QOL ($p<0.0001$). Regarding incontinence subtypes, women with MUI have a greater impact on their QOL (70% reported moderate to severe impact) while women with SUI or UII refer a mild to moderate impact ($p=0.019$). MUI is the most common subtype among women with continuous urine leakage (88% are MUI type; $p<0.001$), and among women with a large amount of leakage (71.4% are MUI type; $p<0.04$)

According to the CV IIQ-SF questionnaire, 70% of women identified as incontinent referred some degree of impact on their QOL, with the mild to moderate impact being the most common (74% of incontinent women). The areas of life in which a greater QOL impact is observed are "physical activity", "ability to travel", "social relations" and "mood". No relationship between impact of QOL and age was found, according to this questionnaire. However, a worse QOL was associated to more severe UI (60% of women with a high amount of leakage, and 71% of women with continuous leakage exhibit moderate to severe impact on QOL, with statistically significant differences). In this regard, women with higher amounts of leakage get higher scores and therefore poorer QOL in areas of "travel", "physical activities" "recreation activities" (55%, 50% and 40% reported severe impairment of areas). Meanwhile, women with higher frequencies of urine leakage have a worse quality of life in any area. There are no differences in the degree of impact of QOL between UI subtypes.

Women with higher educational levels indicated lower impact on QOL according to ICIQ-SF ($p=0.030$), but no significant differences were found with IIQ. The highest scores in areas of life measured with IIQ associated with certain variables were: "feeling miserable" among widows ($p=0.019$), the areas of "recreational activity" ($p=0.037$) and "feeling miserable" ($p=0.043$) among women with lower levels of education. 50% of incontinent women with a history of prolapse refer a moderate to severe degree of impact ($p=0.05$), being the most affected areas "recreational activity" ($p=0.003$), "travel" ($p=0.008$), "social" ($p=0.009$) "mood" ($p=0.033$) and "feeling miserable" ($p=0.045$). Women with a history of hysterectomy also scored higher in the area of "feeling unhappy" ($p=0.053$). The area of "recreational activities" is also more affected among women with a history of concomitant disease (although at the limit of statistical significance, $p=0.062$), being COPD and a history of tumor the diseases which show a statistically significant association with the impact on QOL.

67% of women with UI had never consulted the problem with health professionals. The reasons for this low rate of consultation were mainly "not giving importance to it" (41.3%; $n=59$) or "considering it a normal process" (36.3%; $n=52$). There was a statistical association between not consulting due to not giving importance and 1) being younger, 2) having small or infrequent urine leakage and 3) presenting the UUI subtype. Moreover, women who do not identify this as their reason for not consulting are older, have larger leakage and often present SUI or MUI subtypes. Due to not giving importance, the scores in the QOL areas "domestic activities", "physical activity" and "feeling frustrated" are lower in these women, with statistically significant differences. Women who do not consult because they feel ashamed normally have higher scores compared to women without this feeling in the area of "physical activity" $p=0.015$.

Finally, women who do not consult because they "think that there is no solution" score higher compared to women who do not think so in the areas of "physical activity" and "domestic activity", with statistically significant differences.

Single women with higher educational levels, not menopausal, with no history of vaginal delivery, without constipation and who don't consume drugs show a statistically significant association with not consulting for not giving importance to their UI. There is a significant relation between women who report feeling embarrassed or who think there is no solution and lack of education. Those with a history of hysterectomy and those with concomitant illnesses report that they don't consult mainly because they consider their UI a normal process, with a statistically significant relationship.

Only one in three women with UI consulted a professional about it. Older women consult more (among women over 55 years, 40% consult, $p=0.001$). Statistically, widows, women with low levels of education, with history of cesarean section or constipation are associated with significantly higher demand for professional help. Women with SUI consult least with professionals, followed by women with UUI and women with MUI are those who consult most. These associations between subtype of incontinence and consultation frequency are statistically significant.

The greater the impact on QOL, the greater the consultation with professionals, while in women with mild impact on QOL the consultation rate is very low (in the case of women with mild impact measured with ICIQ only 12% consult, 33% measured with IIQ). These results show statistical significance ($p<0.001$). It is noteworthy that about 35% of women with a score of severe impact according to ICIQ, or 20 % of women according to the IIQ did not consult with professionals despite the great influence in their daily life. Any field of QOL is more affected among consulting women than among those who don't consult.

Among women who consulted their problem with a professional ($n=77$), 74% had not discussed in their nearest social and family circles. The communication of the problem in intimate settings (family, partner, friends) occurred more commonly when the woman had consulted a professional first than when she hadn't. The association showed statistical significance.

Among women with UI, 64% took some type of measure, the most usual measures being self-management and palliative measures (absorbing pads 84.5%) and less frequent the resolute option of pelvic floor exercise (13%).

In contrast to the low rate of consultation already pointed out, the attitude of taking action among women who do consult with a professional is more frequent (88% of women who

consult take measures, compared to 50% among those who don't). However, there are no differences in the choice of a particular measure between women who consult with a professional and women who don't.

The most consulted professional was the primary care physician (66% n=51), and 65% of women who consult take measures. The most frequent measures were the referral to a specialised physician (39%), the use of drugs (27.5%), pelvic floor exercises (25.5%) and absorbing pads (20%). 35% of women with incontinence do not take measures against it despite having discussed their problem with their doctor.

Only a small percentage of women with UI take measures after discussing it in their social and family circles (22%, 15% and 12% in family environment, with partner and with friends respectively). Action is even lower among those who do not discuss their problems in their immediate circles. The difference in the choice of measure was not dependent on the immediate circle consulted, except for the option of minimising the consumption of liquids, which occurs more often in women who consult with any of these groups when compared with women who don't.

CONCLUSION

The percentage of women who demanded consultation in primary care for other medical conditions in primary care and who were identified as incontinent is not insignificant (28%), and there was in the vast majority of these women (70%) some degree of impact on their quality of life. On the other hand, few women consulted a professional with this problem and when they did, it was most commonly with their primary care physician.

Although most incontinent women take some kind of measure against their UI, according to the results of the study we consider it necessary to increase awareness in primary care physicians to the detection of urinary incontinence in women attending the consultation, in order to achieve an improvement in their quality of life.

1. Introducción

1.1 DEFINICIÓN DE INCONTINENCIA URINARIA

A principios de los años setenta, la International Continence Society (ICS) creó un subcomité de estandarización, con el objetivo de revisar y definir los conceptos sobre la función del Tracto Urinario Inferior (TUI) y su metodología de estudio.

Aunque en la bibliografía se pueden encontrar diferentes definiciones de la IU, desde hace años existe aquiescencia en aceptar la establecida por la ICS, reflejada en sus diferentes documentos de consenso.

La primera definición de IU se publicó en 1976. Fue uno de los resultados de la cuarta reunión anual de la ICS, celebrada en Alemania en el año 1974. En dicha reunión se elaboró un informe que contenía el primer conjunto de recomendaciones relativas a la terminología del TUI, en concreto, sobre el almacenamiento de orina en la vejiga, la incontinencia urinaria, y sus unidades de medida(1-3). La IU se definió como: *“Una condición en la que hay una pérdida involuntaria de orina que representa un problema higiénico o social. La pérdida de orina a través de otras vías diferentes a la uretra es incontinencia extra-uretral”*.

Posteriormente hubo otras revisiones y publicaciones y se agregó a la definición: *“que sea objetivamente demostrable”*(4).

Actualmente la IU, según la ICS, es la pérdida involuntaria de orina por la uretra debido a disfunción vesical o esfinteriana objetivamente demostrable, que origina un problema social o higiénico(5).

Si bien esta fue la definición original, en el año 2002 la propia ICS propuso una nueva definición de IU refiriéndose a ella como la manifestación o queja de cualquier pérdida involuntaria de orina(6). Esta última definición incluye varios aspectos de la incontinencia, como síntomas (utilizados en estudios epidemiológicos y ensayos clínicos que típicamente utilizan cuestionarios basados en los síntomas), signos físicos (los más empleados por los clínicos), la observación urodinámica y la condición en su conjunto(7).

En su último informe la ICS especifica que son necesarias ambas definiciones, una para describir el impacto que produce la IU en el individuo que la padece (definición original), y otra para recoger la verdadera prevalencia de la IU (nueva definición).

Se trata de una disfunción que se presenta tanto en personas sanas como asociada a diversas enfermedades, y que responde a etiologías diversas. Refleja en la actualidad un problema importante de salud en sus aspectos médicos, sociales y económicos, afectando a la CV de las personas que la padecen.

Así pues según la ICS(4,8) la IU puede constituir:

- **Un síntoma:** queja de pérdida involuntaria de orina por parte del paciente o manifestada por quien le cuida.

- **Un signo:** demostración objetiva de la pérdida de orina.
- **Una condición:** el evento fisiopatológico de base que puede ser demostrable clínicamente o mediante técnicas urodinámicas.

Síntomas: Los síntomas son el indicador subjetivo que aqueja al enfermo de cambio o alteración tal y como lo percibe el paciente, cuidador o pareja y que pueden inducirle a buscar ayuda en los profesionales de la salud.

Los síntomas del tracto urinario inferior se dividen en tres grupos: síntomas de llenado, miccionales o de vaciado y postmiccionales.

Los síntomas de llenado son los que se perciben durante la fase de llenado vesical, e incluyen frecuencia diurna y nocturna; entre ellos se encuentran: frecuencia diurna aumentada, nocturia, urgencia e IU. Los primeros síntomas pueden ir acompañados o no de IU.

Los síntomas miccionales o de vaciado son los que se perciben en la fase de excreción de la orina, entre ellos se encuentran: chorro débil/lento, chorro intermitente, esfuerzo miccional y goteo terminal.

Los síntomas postmiccionales son los percibidos inmediatamente tras la micción. Son dos: sensación de vaciado incompleto y goteo postmiccional.

Hay además otros síntomas como los asociados a las relaciones sexuales, los asociados con el prolapso pelviano y el dolor genital o del tracto urinario inferior, entre otros.

Signos: Los signos son los indicadores objetivos de enfermedad observados por el médico, incluyendo recursos simples diseñados para verificar y cuantificar los síntomas, tales como las hojas de frecuencia/volumen, la prueba del absorbente y cuestionarios validados de síntomas y calidad de vida.

El signo de esfuerzo-incontinencia denota la observación de la pérdida de orina de la uretra sincrónica con el esfuerzo físico (por ejemplo, al toser o estornudar).

La IU también se puede observar sin hacer ejercicio físico. El goteo postmiccional y la pérdida continua denotan otros signos de incontinencia.

Los signos y síntomas por sí solos no pueden indicar la causa de la IU. El diagnóstico preciso requiere a menudo una exploración urodinámica, además de una buena historia clínica y examen físico.

Condiciones: Se definen como la asociación entre hallazgos urodinámicos y síntomas o signos característicos. También se considera condición la evidencia no urodinámica de procesos patológicos relevantes.

Existen dos métodos principales de exploraciones urodinámicas:

Los estudios urodinámicos convencionales, que se realizan normalmente en el laboratorio de urodinámica y usualmente se hace con un llenado vesical artificial (no fisiológico), que es el llenado de la vejiga a través de un catéter, con un líquido y a un ritmo específico.

Los estudios urodinámicos ambulatorios, que son pruebas funcionales que se realizan utilizando un llenado fisiológico, mientras el sujeto realiza sus actividades habituales. La vejiga se llena por diuresis y no por un medio artificial.

1.2 FISIOPATOLOGÍA DE LA INCONTINENCIA URINARIA

○ RECUERDO ANATÓMICO Y MECANISMO DE CONTINENCIA URINARIA.

Para la comprensión del mecanismo de continencia urinaria es preciso un recordatorio anatómico de las estructuras más importantes implicadas en el mismo.

Uretra

La uretra es una estructura tubular compleja que se extiende por debajo de la vejiga, pasa por el espacio de Retzius, atraviesa la membrana perineal y llega hasta el meato externo.

Tiene una longitud total aproximada de 3-4 cm. Está constituida por diferentes elementos musculares que permiten su función de llenado y vaciado.

El músculo liso de la uretra es continuación con el trigono y el detrusor. Está constituido por dos capas: una interna longitudinal prominente (función de “esfínter intrínseco”) y una externa, más delgada y circular. La función de este músculo liso es la de mantener el tono de la uretra, por lo que la mantiene cerrada durante la fase de llenado.

El músculo estriado de la uretra o esfínter urogenital estriado más externo (“esfínter uretral”), está presente a lo largo de los 2/3 más superiores de la uretra y tiene forma de hendidura. Su parte ventral está abierta y contacta con el tejido conectivo de la parte anterior de la vagina. Además, la uretra se rodea también de otra musculatura estriada proveniente del diafragma urogenital, que son los músculos esfínter uretrovaginal y el compresor de la uretra. El esfínter uretrovaginal cuando se contrae, comprime y elonga la uretra, mientras que el compresor de la uretra además de alargarla la arrastra hacia la pared vaginal y cierra la luz. Los tres músculos conjuntamente ejercen la función del “mecanismo esfinteriano de la uretra”.

La mucosa uretral se extiende desde el epitelio transicional de la vejiga hasta el meato externo y es sobre todo epitelio escamoso no queratinizado. Es hormonosensible y sufre cambios con la estimulación. El tejido submucoso hormonosensible contiene un plexo vascular prominente muy importante.

Fascia endopélvica

La uretra se mantiene en su posición gracias a su apoyo sobre la pared anterior de la vagina y la tensión ejercida por los ligamentos pubouretrales que son a su vez, condensaciones de la fascia endopélvica y están fijados al arco tendinoso de dicha fascia. Los ligamentos pubouretrales van desde la cara interna de la sínfisis púbica hasta la parte media de la uretra. Los ligamentos uretropelvicos sin embargo, son el principal soporte del cuello vesical y uretra proximal.

Estos ligamentos son también condensaciones de la fascia endopélvica y al igual que los ligamentos pubouretrales están sujetos al arco tendinoso de fascia endopélvica.

Dicho arco emite fibras que se desdoblán y pasan por debajo de la uretra, formando una capa suburetral a modo de hamaca. La fascia suburetral adquiere un grosor especial creando un verdadero suelo bajo ésta. DeLancey(9) describió tres niveles de la fascia endopélvica, que de superior a inferior serían, el I, el II y el III.

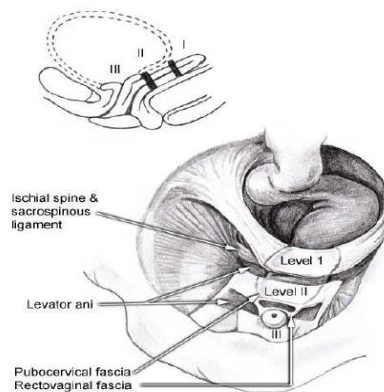


Figura 1: Fascia endopélvica. Niveles de la fascia según JO. DeLancey(9).

Soporte muscular del suelo pélvico: diafragma pélvico

Los músculos elevadores del ano y el cóccigeo, que están sujetos a la cara interna de la pelvis menor, forman el suelo muscular de la pelvis. Con sus correspondientes músculos del lado opuesto forman el diafragma pélvico.

El músculo elevador del ano está compuesto por dos grandes músculos, de medial a lateral: el músculo pubococcígeo y el iliococcígeo.

El músculo pubococcígeo, la parte medial más gruesa del elevador del ano surge de la parte posterior del pubis y la parte anterior del arco tendinoso y llega hasta la parte posterior del recto y el cóccix. El borde interno forma el margen del hiato urogenital, a través del cual

pasan la uretra, la vagina y el ano. Se han definido varias subdivisiones del músculo en la porción medial del pubococcígeo que serían los que se unirían al músculo de la uretra, la vagina, el ano y el recto: el pubouretral, el pubovaginal, el puboanal y el puborrectal, o colectivamente como los puboviscerales.

La parte más delgada y lateral del elevador del ano es el músculo iliococcígeo, que va del arco tendíneo del elevador del ano hasta la espina isquiática. En la parte posterior se une a los dos últimos segmentos del cóccix. Las fibras de ambos lados también se fusionan para formar un rafe y contribuyen al ligamento anococcígeo. Este rafe medial entre el ano y el coxis es la llamada lámina del elevador y es sobre la que yacen los órganos de la pelvis. Está formado por la fusión del iliococcígeo y las fibras posteriores de ambos músculos pubococcígeos.

El músculo coccígeo se extiende desde la espina isquiática hasta el cóccix y la parte más inferior del sacro y forma la parte posterior del diafragma pélvico. Se asienta en la superficie anterior del ligamento sacroespinoso.

○ FISIOLOGÍA DE LA MICCIÓN:

La micción es una función del tracto urinario inferior mediante la cual se consigue el vaciado de la orina cuando la vejiga ha llegado a su capacidad fisiológica y los condicionamientos sociales y el lugar son adecuados. En la micción hay dos fases claramente diferenciadas: la fase de llenado y la fase de vaciado vesical.

La IU es consecuencia del fallo de la fase de llenado vesical, bien por causa uretral o por causa vesical. Para comprender las causas de la IU es preciso esbozar como se realiza la micción.

La perfecta coordinación del detrusor (músculo de la vejiga) y la uretra y de sus respectivas fuerzas serán las responsables de la continencia.

En la fase de llenado vesical, la vejiga acomoda su tono al aumento continuo y paulatino de la orina que le está llegando a través de los uréteres, actuando como una esfera hueca de calidad elástica, de conducta pasiva y no consciente. La uretra mantendrá cerrados sus mecanismos de cierre: cuello vesical (esfínter interno), esfínter estriado de la uretra (esfínter externo) y músculo liso de la uretra funcional. En la fase de llenado vesical el individuo se libera de verter su orina durante un tiempo que es dependiente del ritmo de formación y evacuación de la orina (diuresis) y de circunstancias sociales.

La diuresis depende de factores individuales como son hábito de ingesta de líquidos, calor ambiental, el ritmo respiratorio y los ejercicios físicos. Igualmente la capacidad vesical varía según los individuos considerándose normal entre 350-500 ml. Esta capacidad es menor en los niños. El cuello vesical y el esfínter externo de la uretra permanecen cerrados durante el llenado vesical, mientras el detrusor se acomoda a su contenido sin que haya sin que haya

un incremento de presión significativo dentro de la vejiga por el llenado. Cuando la vejiga alcanza su capacidad fisiológica y el sujeto no tiene ningún impedimento social el momento es adecuado para producirse la fase de vaciado vesical, en el cual el esfínter externo se relaja voluntariamente, se abre la uretra y se contrae el detrusor al tiempo que se relaja el cuello vesical.

La micción es un acto voluntario fisiológico que se adquiere en la infancia a partir de los 2-3 años, y que se debe mantener hasta las edades más avanzadas, en ausencia de una serie de procesos patológicos.

○ NEUROLOGÍA DE LA MICCIÓN:

Los sistemas simpático, parasimpático y somático intervienen en la innervación y control de la dinámica miccional, actuando de forma coordinada y estando modulados por los centros encefálicos y medulares. Dentro de la dinámica funcional, la fase de llenado involuntaria e inconsciente se produce gracias a la regulación simpática y parasimpática. Sólo ante la eventualidad de un escape de orina se pondrá en funcionamiento el sistema somático o voluntario para contraer el esfínter externo y así evitar la incontinencia. El sistema nervioso somático y voluntario es el que utilizamos cuando cortamos el chorro de la orina.

El sistema nervioso parasimpático, a través de los nervios pélvicos, inerva el detrusor y asegura el vaciamiento vesical por contracción del mismo. El sistema nervioso simpático, mediante los nervios pélvicos, inerva el trigono y el esfínter interno, lo que hace posible la continencia al mantener el cuello de la vejiga cerrado en la fase de llenado. El nervio pudendo inerva el esfínter externo de la uretra y el esfínter anal, ayudando al esfínter interno a conseguir la continencia.

Durante la continencia el simpático será activado consiguiendo así el cierre del cuello vesical, el parasimpático estará inactivo permitiendo la acomodación del detrusor al llenado. El pudendo sólo se activará en el momento en que la continencia esté amenazada. Se puede decir que el responsable de la continencia pasiva es el simpático, por su acción no consciente a nivel del cuello vesical; el responsable de la continencia activa es el pudendo, por acción voluntaria y consciente sobre el esfínter externo, cuando se tiene la sensación de micción inminente. Durante el vaciado se produce la relajación del musculo estriado disminuyendo la actividad del nervio pudendo, seguido de la actividad parasimpática, simultánea a la relajación simpática, antes de contraerse la vejiga la uretra debe estar abierta.

○ COORDINACIÓN DE LA MICCIÓN:

Durante la fase de llenado vesical, el cuello vesical y el esfínter externo permanecerán cerrados para evitar la salida de la orina por la uretra. Cuando la vejiga ha alcanzado su capacidad antes de que se contraiga el detrusor se relaja el esfínter externo y el cuello se

abre simultáneamente a la contracción del detrusor. La coordinación de los núcleos medulares la realiza un centro superior, denominado núcleo pontino, autentico núcleo de la micción.

1.3 CLASIFICACIÓN DE LA INCONTINENCIA URINARIA EN LA MUJER

La ICS, en su documento de estandarización de terminología, considera que la IU y las disfunciones miccionales pueden clasificarse de acuerdo a criterios sintomáticos o urodinámicos.

Las definiciones de la ICS se han hecho de forma que sean compatibles con la publicación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), *International Classification of Functioning Disability and Health-2* (ICIDH-2)(10), de 2001, y de la CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades). La finalidad fundamental de esta clasificación de la incontinencia es facilitar la comunicación entre profesionales y la comparación de resultados.

Centrándonos en los criterios sintomáticos, los tipos más frecuentes de IU en la mujer son: IU de esfuerzo (IUE), IU de urgencia (IUU) e IU mixta (IUM).

1.3.1 INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO

Es la pérdida involuntaria de orina que coincide con un aumento de presión intraabdominal desencadenada por la actividad física. Ocurre cuando los mecanismos de cierre uretrales son competentes durante el reposo, pero son incompetentes durante el esfuerzo, y en este momento la presión intravesical supera a la uretral. La fisiopatología de la IUE es compleja y sólo parcialmente conocida. Sin embargo, además de los factores vesicales y esfinterianos previamente mencionados, parece requerir un adecuado soporte uretral, cuyo principal elemento es la cara anterior de la vagina, fascia endopélvica, músculo elevador del ano y finalmente ligamentos pubouretrales cardinales y úterosacros. La IUE puede ser funcional como resultado de una hipermovilidad uretral, anatómica por un difícil soporte o una deficiencia esfinteriana, o bien la combinación de ambas.

La IUE es común entre ancianas, si bien supone la forma más frecuente de IU en las mujeres de mediana edad y más jóvenes. Afecta globalmente a un 40% de las mujeres mayores de 25 años. Se calcula que entre los 40-50 años, el 20% de mujeres la padecen y en el rango etario de menores de 75 años, afecta a casi el 50% de ellas(11,12).

1.3.2 INCONTINENCIA URINARIA DE URGENCIA

Es la pérdida involuntaria de orina acompañada o inmediatamente precedida de “urgencia”. Por “urgencia” se entiende cuando la paciente se queja de la aparición súbita de un deseo miccional claro e intenso, difícil de demorar(13). Es más común en mujeres mayores, según

diversos estudios(14)(15), entre el 11 y el 20% de mujeres incontinentes tenían síntomas de IUU.

1.3.3 INCONTINENCIA URINARIA MIXTA

La IUM es la percepción de pérdida involuntaria de orina asociada tanto a urgencia como al esfuerzo. Se trata de la más común en mujeres mayores, se estiman en un 30-40% las mujeres con IU que tienen síntomas de IUM(16).

Estos datos confirman previos estudios en los que se concluía que la IUE es un problema frecuente en mujeres jóvenes y premenopáusicas mientras que los síntomas de urgencia y la IUU se hacen más predominantes en el rango de edad postmenopáusica(17).

1.3.4 INCONTINENCIA URINARIA SEGÚN SEVERIDAD

La IU también puede clasificarse de acuerdo con su severidad. Este aspecto es clave puesto que la severidad influye no sólo en la afectación de la calidad de vida (CV), sino también en la opción de tratamiento.

A diferencia de la clasificación basada en el síntoma, no existe una clasificación estándar de la severidad. La forma fundamental para su evaluación consiste básicamente en la medición de dos parámetros cuantitativos, que son la frecuencia y el volumen de las pérdidas.

La anamnesis nos es de gran ayuda a la hora de la estimación de la severidad de la IU ya que nos determina la frecuencia de las pérdidas, el número de compresas que utiliza la mujer y si se ha requerido cirugía para su tratamiento. En el caso de la IUE, el tipo de esfuerzo que condiciona la incontinencia nos orienta hacia la severidad de las pérdidas, pudiendo aparecer con grandes esfuerzos (la tos o el estornudo), esfuerzos moderados (levantar pesos, correr o subir escaleras) y leves (por ejemplo gritar o el cambio de postura).

Hay algunos autores que denominan IU leve a pequeñas pérdidas que ocurren pocas veces al mes, la IU moderada si ocurren todos los días en pequeña cantidad y severa a las pérdidas que llaman “significativas” o de chorro grande que ocurren al menos una vez a la semana(18). En una revisión en ancianos los autores denominan IU severa a las pérdidas al menos semanales, “regulares” o “las que ocurren casi todo el tiempo”(19). También se ha investigado el efecto del cuidador o la necesidad de cuidados especiales de personas de mayor edad en la influencia de la evaluación de la severidad y han encontrado que diferentes niveles de exigencia en los cuidados por parte de los pacientes hacen que la severidad de la IU cambie hacia una IU más severa(18).

Como vemos, hay diferentes formas de alcanzar el diagnóstico de IU severa, pero sea cual sea la utilizada, es un tipo de IU que se identifica con relativa facilidad(20).

1.4 EPIDEMIOLOGÍA DE INCONTINENCIA URINARIA

La epidemiología es la ciencia que estudia la distribución y los factores determinantes de la enfermedad en la población.

1.4.1 FACTORES DE RIESGO DE IU

La incontinencia urinaria es una patología multifactorial y diferentes estudios epidemiológicos han analizado los factores de riesgo potenciales para su desarrollo. El diseño de la mayoría de estos estudios es transversal o de casos-controles, siendo los menos, los estudios longitudinales, por lo que hay limitaciones a la hora de establecer conclusiones sobre la causalidad. Hay algunos factores que se consideran factores de riesgo establecidos para la IU, a pesar de que se desconoce la relación temporal y el mecanismo patogénico subyacente. La razón por la que estos factores se consideran factores establecidos se debe a que se ha encontrado una estrecha relación entre cada uno de ellos y la IU y porque se ha encontrado un fundamento biológico plausible para esta asociación(21).

1.4.1.1 Factores sociodemográficos:

Sexo:

Varias razones (longitud uretral, diferencias anatómicas en el suelo pelviano, efectos del parto) intentan justificar la diferencia de que las mujeres tengan un mayor riesgo de desarrollar IU. Sin embargo, esta razón de riesgo varía con la edad: en menores de 60 años, las mujeres tienen 4 veces más probabilidades que los hombres de padecer IU, pero en mayores de 60 años las mujeres tienen solo dos veces más(22).

Edad:

La edad es el factor de riesgo más frecuentemente asociado, la mayoría de los estudios publicados han encontrado un aumento de prevalencia de IU con la edad situándose el pico de máxima frecuencia entre los 50 y 60 años(23). En el estudio EPICONT(15), se observó un incremento gradual hasta los 50 años. A partir de esta edad las cifras de prevalencia se estabilizaban hasta los 70 años, produciéndose un nuevo incremento a partir de esta edad. En otro estudio realizado en Australia(24) sobre 40.155 mujeres, la prevalencia de IU aumentaba desde un 13% en el grupo de edad de 18-23 años hasta un 36% en el grupo de 45-50 años, no encontrándose diferencias entre el grupo de mediana edad y las mujeres del grupo de 70-75 años.

Moller et al.(25) encontraron un aumento progresivo de la prevalencia de IUE entre los 40 y los 55 años, produciéndose una disminución a partir de esta edad. En el caso de la IUU, existía un aumento prácticamente lineal con la edad(25).

En el estudio EPICONT(15) se produce un incremento en la severidad de ambos tipos de incontinencia con la edad, que es más acusado en la incontinencia de urgencia.

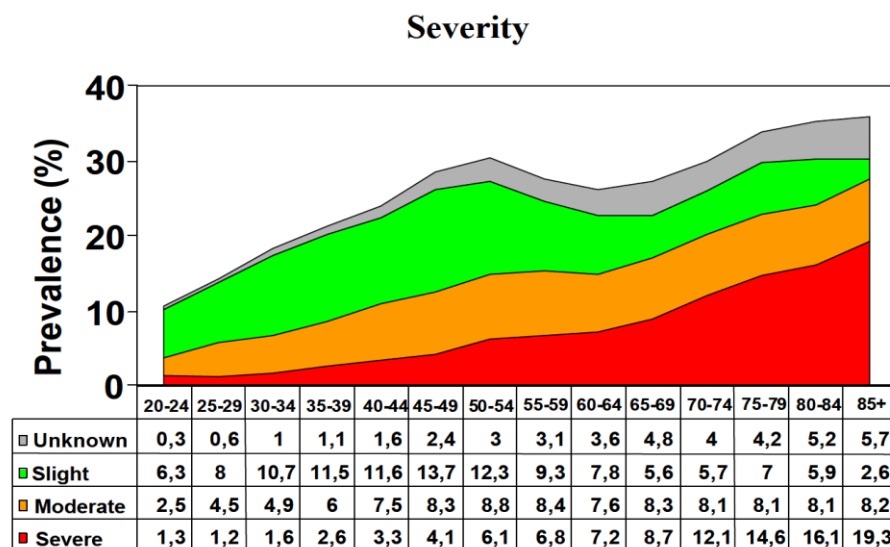


Figura 2: Prevalencia de la incontinencia urinaria en función de la gravedad y la edad. Estudio EPICONT(15).

Según los estudios(26) revisados, los cambios relacionados con la edad que pudieran contribuir al desarrollo de IU se muestran en la siguiente tabla:

Tabla 1: Cambios relacionados con la edad que pudieran contribuir al desarrollo de IU.

Factores causales que relacionan IU con edad avanzada	
1.	Disminución del tejido elástico
2.	Atrofia celular
3.	Degeneración nerviosa
4.	Reducción tono músculo liso
5.	Hipoestrogenismo
6.	Deterioro cognitivo
7.	Inmovilidad
8.	Pérdida de capacidad de concentración renal
9.	Comorbilidad: Polifarmacia

Raza:

La mayoría de los estudios de prevalencia están realizados en poblaciones de raza blanca. Aunque no existen muchos estudios comparativos, parece existir una mayor susceptibilidad en las personas de raza blanca. Estudios multivariados demuestran que las mujeres blancas tienen una prevalencia de IUE tres veces mayor que las mujeres negras(27), atribuyéndose a

diferencias raciales el tejido conjuntivo o en los músculos. Sin embargo, estas diferencias podrían ser debidas a las diferencias raciales a la hora de consultar problemas de salud(28).

En general, las revisiones realizadas sobre IU en mujeres no caucásicas, revelan escasos datos y la información que existe es contradictoria.

Nivel educativo:

Los más altos niveles de educación parecen estar asociados con la IU, sobre todo con IU leve y la IUE(29,30). Aunque la razón de esta asociación no está clara, permanece presente incluso después de ajustar por factores como la edad, la raza, los activos, comorbilidad y factores obstétricos y ginecológicos.

Herencia:

Un estudio reciente(31) ha encontrado una prevalencia de 71% y 24% entre madres y hermanas de mujeres respectivamente operadas de IU, frente a 40 y 11% de madres y hermanas de mujeres no operadas, hallándose además un inicio de los síntomas en edad más joven entre las primeras. Además, datos del estudio EPICONT(15) ponen de manifiesto que las mujeres son proclives a desarrollar IU si sus madres o hermanas mayores son incontinentes, dato que se ha confirmado en otros estudios(32). Todo ello hace pensar que la herencia podría jugar algún papel en la IUE.

1.4.1.2 Factores antropométricos:

Peso:

Según los estudios epidemiológicos(33) revisados, la obesidad es uno de los factores de riesgo independiente para la prevalencia e incidencia de incontinencia. Se cree que la ganancia ponderal en las mujeres obesas puede favorecer el daño del suelo pélvico a través del estiramiento y debilitamiento de los músculos, nervios y otras estructuras del suelo pélvico. Muchos estudios han demostrado esta asociación entre la IU y un mayor índice de masa corporal así como un mayor peso(15,24,34).

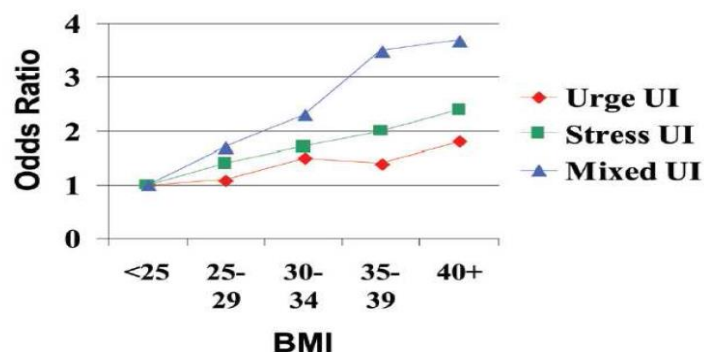


Figura 3: Riesgo relativo de IU según la edad y la paridad. Datos del estudio de Rortveit et al.(35) y Chiarelli et al.(24).

En el estudio EPICONT(36) la prevalencia de IU aumentaba con el índice de masa corporal (IMC) desde un 17% en aquellas mujeres con un IMC < 25 hasta un 31% en las que tenían un IMC mayor de 30.

De la misma forma otros estudios muestran cómo aumentos de 5 puntos en índice de masa corporal suponen un aumento de la incidencia de IU en aproximadamente del 30 al 60%. De la misma forma, el incremento de IMC se relaciona con mayor prevalencia de IUE y de IUM que con IUU(37)(38).

El estudio de Alling Moller y cols.(25) encuentra una asociación casi lineal, entre la IU y el IMC. El percentil mayor de IMC presentaba 4,2 veces mayor riesgo de IUE y 2,2 veces mayor riesgo de IUU.

Además la implicación de la obesidad en la incontinencia urinaria ha sido confirmada a través de estudios intervencionistas. La prevalencia en la IUE se redujo drásticamente desde el 61% al 12% tras la cirugía bariátrica(39).

Así pues y respecto a la pérdida de peso con medidas quirúrgicas(40) o bien conservadoras, los recientes estudios sugieren que se trata de una medida efectiva para mejorar los síntomas de IU(41)(42).

1.4.1.3 Factores gineco-obstétricos:

Menopausia e hipoestrogenismo:

La atrofia genital puede contribuir a la relajación del suelo pélvico así como a la deficiencia intrínseca del esfínter uretral, mecanismo involucrado en la fisiopatología de la IUE. La teoría que investiga si la menopausia es un factor de riesgo para la IU se basa también en la íntima asociación embriológica entre los aparatos reproductivo y urinario. La vagina y la uretra tienen un origen embriológico similar, y las dos son sensibles a los estrógenos. Se han identificado receptores estrogénicos de gran afinidad en la uretra, en el trigono vesical y en los músculos pubococcígeos, similares a los encontrados en la vagina(43).

Los cambios atróficos incrementan la susceptibilidad para las infecciones del tracto urinario (TUI) y pueden provocar síntomas urinarios tales como el aumento de la frecuencia, la urgencia miccional e incluso la IU. La atrofia de estos tejidos puede ser revertida con estrógenos. Además, se ha comprobado que el tratamiento hormonal sustitutivo con estrógenos reduce la IU en algunos casos. Por ello, parece razonable proponer que la pérdida estrogénica contribuye al problema.

Sin embargo, los datos publicados en la literatura no son consistentes en describir el papel de la menopausia y la pérdida de estrógenos como factores contribuyentes a la IU.

Existe en la actualidad controversia en cuanto a la influencia de la menopausia en el desarrollo de IU de forma que diversos estudios han evaluado su papel con resultados muy dispares.

Ciertos estudios defendían que la atrofia genital podía contribuir a la relajación del suelo pelviano así como a la deficiencia intrínseca del esfínter uretral, concluyéndose que por ello afecta más a mujeres(16). Otros autores han indicado que las mujeres con menopausia quirúrgica desarrollan con más frecuencia IU que las mujeres con menopausia natural (36% vs. 22%)(44).

No obstante, estudios recientes no han demostrado que la menopausia por sí misma sea un factor de riesgo independiente de la edad. Así, Parazzini et al.(45) no encuentran relación con la edad de menopausia, pero sí encuentran un menor riesgo entre las mujeres en tratamiento hormonal sustitutorio(45). Autores como Rekers y cols.(44) compararon la prevalencia de IU en mujeres premenopáusicas y posmenopáusicas y no encontraron diferencias estadísticamente significativas (26% vs. 25%). Estos mismos autores observaron que se producían formas más severas de incontinencia en mujeres postmenopáusicas. Yang-feng et al.(46) han encontrado recientemente un mayor riesgo de incontinencia de urgencia en mujeres después de la menopausia [OR = 1.6 (1.1-2.4)].

Por otra parte, Hendrix et al.(47) en un ensayo clínico realizado en 27.347 pacientes en el que evaluó la terapia hormonal sustitutoria (THS) para el tratamiento de la incontinencia urinaria, encontraron que el THS aumentaba el riesgo de todos los tipos de incontinencia urinaria, siendo el incremento mayor en el caso de la incontinencia de esfuerzo [RR = 1.87 (1.61-2.18)].

Actualmente no hay pruebas suficientes para afirmar que la menopausia sea causa de incontinencia, ni que el tratamiento hormonal sustitutivo de la menopausia la mejore(18). Resultados del estudio HERS y el WHI (2011) demuestran que no hay beneficio y tal vez hay efectos negativos en la terapia de reemplazo con estrógenos para la continencia de mujeres postmenopáusicas, sugiriendo que los estrógenos no se deben considerar parte del tratamiento de rutina para mujeres con IUE.

- **Parto vaginal:**

El papel del parto como factor predisponente a incontinencia urinaria ha sido apoyado por varios estudios que demostrado una asociación entre IU y parto.

Thomas et al.(48) observaron que la incontinencia urinaria era más frecuente en las mujeres que habían tenido hijos que en las nulíparas(49). Otros estudios han encontrado una relación lineal entre el número de hijos y la incontinencia urinaria(49). Chiarelli et al.(24) encontraron que tener hijos estaba fuertemente asociado con la incontinencia urinaria en las mujeres más jóvenes (18 a 23 años). En las mujeres de 45-50 años esta asociación era muy leve y en

las mujeres mayores de 70-75 años esta asociación desaparecía. El estudio EPICONT ha encontrado también esta interacción entre edad y paridad(35).

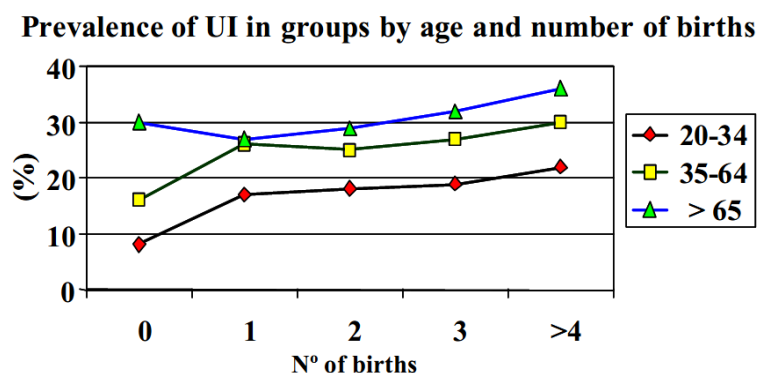


Figura 4: Prevalencia de la incontinencia por edades y número de partos. Fuente: Rortveit et al.(35).

Estudios más recientes(50) observan cómo el parto es un factor establecido de riesgo de IUE y IUM entre mujeres jóvenes y de mediana edad. Se ha sugerido que el parto vaginal es el factor contribuyente más importante, posiblemente por las lesiones neurológicas o musculares asociadas. Sin embargo, el embarazo en sí mismo, puede causar cambios mecánicos u hormonales que sean causa de IU (el 31-42% de las embarazadas tienen IUE y en el 51% de ellas persiste algún grado de IU postparto)(35).

Estudios epidemiológicos prospectivos(50-53) demuestran que el parto vaginal es un factor de riesgo para el desarrollo de incontinencia urinaria. Rortveit et al.(50) muestran un OR de 2,4 de moderada o severa IUE respecto a los partos por cesárea. Estas diferencias no son estadísticamente significativas comparadas con IUU.

Por otro lado, recientemente se ha comprobado que las mujeres con partos por cesárea (prevalencia 15,8%) tienen un riesgo mayor de IU que las nulíparas (prevalencia 10,1%) pero que el parto vaginal sigue siendo el que se asocia con el riesgo mayor (prevalencia 24,2%). Asimismo algunos estudios muestran cómo el hecho de padecer incontinencia durante el parto hace que la mujer se vuelva más vulnerable para el desarrollo de IU a los 6 meses postparto, que entre aquéllas que no fueron incontinentes durante el embarazo.

A pesar de que está establecida la asociación entre la paridad y la incontinencia, se desconocen los cambios anatómicos y/o funcionales del suelo de la pelvis derivados del parto que favorecen dicha asociación.

Así, estas disfunciones son la consecuencia de tres hechos: a) un suelo pelviano excesivamente relajado, secundario a la distensión de músculos y fascias que se producen durante el parto vaginal; b) secundarios a las lesiones directas (desgarros, episiotomía) sobre las paredes vaginales y que pueden afectar al soporte y a la posición de la vejiga, el recto y el

útero o lesiones del esfínter anal, y c) una lesión directa de los nervios por compresión o elongación excesiva y prolongada de éstos, lo cual impedirá que el músculo estriado (pubococcígeo y esfínteres) pueda contraerse de forma voluntaria o refleja.

Está claro que el paso de la cabeza fetal a través del canal del parto supone un traumatismo directo para los músculos y el tejido conectivo del suelo de la pelvis y por lo tanto, éstos se pueden debilitar(54,55). La innervación de la musculatura también puede dañarse con consecuencias a largo plazo. Snooks y cols.(56,57) por ejemplo, objetivaron que se producía un “estiramiento” de los nervios que podía posteriormente derivar en una denervación parcial y por lo tanto defectuosa de las estructuras del suelo pélvico, lo que finalmente puede derivar en incontinencia.

Otro aspecto en el que aún queda mucho camino por recorrer es el conocimiento de las variables concretas del parto que favorecen la incontinencia. La literatura aporta gran cantidad de estudios que analizan diferentes variables como: la edad gestacional, la vía de parto, el parto instrumental, el uso de oxitocina, la duración del segundo periodo de parto, la duración del periodo de “pujos”, el peso del recién nacido, el empleo de anestesia epidural, los desgarros del esfínter externo, la realización de episiotomía, el perímetro cefálico del recién nacido y el peso materno.

De hecho se han estudiado varios de estos parámetros obstétricos que pueden contribuir a la aparición de IU. En un reciente estudio(58) los recién nacidos con un peso de 4 kg o más se han asociado a cualquier tipo de IU e IUE. Asimismo se han asociado trastornos funcionales del parto con IU moderada o severa, la anestesia epidural con IUE, y la circunferencia cefálica mayor de 38 cm con IUU. El resto de los parámetros estudiados (edad gestacional, instrumentación del parto entre otros) no mostraron asociación significativa.

Entre todos los factores del parto analizados, destaca por su importancia, respaldada por numerosos estudios realizados para su evaluación, la vía del parto. La hipótesis de que la cesárea, sobre todo la electiva, al evitar el paso de la cabeza fetal a través del canal del parto pudiera jugar un papel protector contra la incontinencia urinaria ha sido ampliamente investigada(51,53,58-61). Sin embargo, los resultados han sido controvertidos y en muchos casos el efecto del embarazo en la IU postparto no se ha tenido en cuenta.

Hay autores que apuntan que el parto vaginal es un factor de riesgo para la IU(62,63) y para la IUE(60). Groutz y cols.(53) encontraron que la prevalencia de la IUE postparto era similar en las mujeres en que se practicó la cesárea intraparto (bien por fallo de inducción, por parto estacionado o desproporción) y en las que habían parido vía vaginal. La prevalencia de la IUE postparto era significativamente menor según estos autores, sólo cuando se practicaba una cesárea electiva. Boyles y cols.(64), sin embargo, no encontraron diferencias en la incidencia de la IU en primíparas con cesárea electiva o la practicada tras trabajo de parto.

Otro factor que ha sido objeto de diferentes trabajos es la utilización del fórceps. Hay autores que indican que el parto asistido por fórceps incrementa el riesgo de IU(65) y de IUE(66) en el postparto cuando se compara tanto con el parto vaginal como con la cesárea.

Wilson y cols.(67) y Farell y cols.(52), sin embargo, apuntaron que no existen diferencias entre los grupos de mujeres con diferentes tipos de parto vaginal (eutócico, instrumental) y la IU postparto. Casey y cols.(68) llegaron a la misma conclusión para la IUE postparto. DeLancey(69) apuntó que era posible que la causa del deterioro del suelo pélvico en los partos instrumentales no fuera haber llevado a cabo dicha intervención, sino la indicación obstétrica de haber asistido ese parto con el fórceps. Es decir, existe la duda de si el fórceps es causa de mayor daño al suelo pélvico o si simplemente es un indicador más de un parto dificultoso.

Discrepancias similares surgen en la evaluación de la influencia de la duración del segundo periodo del parto. Allen y cols.(70) encontraron asociación entre un segundo periodo de parto prolongado y la IU, aunque Eason y cols.(63) concluyeron lo contrario.

Otro de los aspectos que clásicamente se han relacionado con IU postparto son las características del recién nacido y sobre todo el peso. Glazener y cols.(71) apuntaron que un mayor peso del recién nacido se asociaba a la IU postparto. Sin embargo, Eason y cols. (63) no encontraron esta asociación, ni siquiera para los fetos macrosomas.

- **Embarazo:**

Se han publicado tasas de IU que varían desde el 23% al 60% durante el embarazo(72), siendo las cifras superiores al final del embarazo. Las tasas de incidencia específicas de IUE varían entre el 28% y el 48%(59,73-75). La prevalencia es mayor en mujeres con partos anteriores(73) mientras que la IU de nueva aparición durante el embarazo es mayor en primigrávidas(76).

Un estudio encontró que la prevalencia de IUE en mujeres nulíparas se incrementó desde el 9% hasta el 31% cuando éstas quedaron embarazadas y las tasas respectivas para las mujeres con hijos anteriores fueron del 24% y 42%. Sin embargo, la tasa de IUU no cambió en ninguno de los dos grupos y fue menor al 5% en todos los casos(74).

A pesar de estas altas cifras de incidencia y prevalencia de la IUE durante el embarazo, se desconoce el mecanismo fisiopatológico que favorece su desarrollo.

Se ha apuntado que algunos de los cambios que tienen lugar a lo largo del embarazo podrían influir en la aparición de la IU y se han descrito una teoría hormonal y otra mecánica para su justificación(77).

La teoría hormonal implica a la relaxina, que se cree que tiene un efecto remodelador del tejido conectivo y por lo tanto, podría estar involucrada en las modificaciones de la pelvis materna que tienen lugar durante el embarazo en su preparación al parto. Se ha indicado

cierta susceptibilidad a esta hormona, con lo que las mujeres más susceptibles mostrarían cambios locales apreciables en el suelo de la pelvis(78).

Otros autores apuntan que el aumento en la actividad elastolítica que tiene lugar a lo largo del embarazo(79), puede hacer que se debilite el tejido colágeno que es el que mantiene en su lugar la vejiga y el cuello vesical y por lo tanto, puede favorecer el desarrollo de la IU.

Sin embargo, la teoría mecánica sostiene que el tamaño y el peso del útero y su contenido jugarían un papel crucial en la presión ejercida sobre la vejiga(80,81). No obstante, los estudios sobre el efecto del peso fetal en el mecanismo de continencia son escasos y con resultados no concluyentes, tal como se ha señalado anteriormente(63). Además, el mecanismo implicado en su asociación con la IU sigue siendo una incógnita.

Hay autores que propugnan que dichas teorías no son excluyentes sino que precisamente el efecto de la fuerza ejercida sobre el suelo de la pelvis durante el embarazo es mayor por la presencia de laxitud en los tejidos, motivada por los cambios hormonales que preparan en canal del parto(82).

El estudio de la aparición de la IUE durante el embarazo es interesante puesto que se ha demostrado cierta asociación entre la IUE del embarazo y la IUE postparto(53,72,83) e incluso con la IUE a largo plazo(76).

Sin embargo, solo unos pocos autores han evaluado los factores relacionados con el desarrollo de la IU durante el embarazo y los factores involucrados en su persistencia tras el parto.

- **Cesárea:**

Viktrup et al. estudiaron de forma prospectiva la incontinencia urinaria antes, durante y después del embarazo en una cohorte de 305 primíparas, encontrando que el parto por cesárea era un factor de protección para el desarrollo de incontinencia urinaria(84). Otros estudios han mostrado resultados similares(50,85).

- **Histerectomía:**

Varios estudios apoyan el papel de la histerectomía en el desarrollo de incontinencia urinaria(86). McPherson et al.(87) en un estudio de cohortes realizado en 25.000 mujeres, encontraron un mayor riesgo de IU severa en aquellas mujeres que habían sido sometidas a histerectomía para el tratamiento de una metrorragia en comparación con las mujeres en las que se habían realizado cirugías menos agresivas [OR = 1,59 (1,35-1,87)].

De hecho el inicio de la IU coincide en muchos casos con la práctica de una histerectomía. Esta intervención, si se acompaña de doble anexectomía, provoca una menopausia quirúrgica, lo que podría indicar un mecanismo hormonal. Además, el desarrollo de la IU post-histerectomía podría estar causado por una lesión nerviosa ocurrida durante la

intervención o las alteraciones en los soportes músculo-fasciales de la vejiga a la pared pélvica de alrededor(88).

Estas hipótesis podrían justificar la asociación entre la IUE e histerectomía. Sin embargo, existen pocos estudios prospectivos que aborden este aspecto y los resultados no son concluyentes. La influencia de la histerectomía en el desarrollo de la IU es motivo de controversia.

En una revisión de la literatura de los efectos de la histerectomía, Thom y Brown(88) concluyeron que la mayoría de los estudios no encuentran un incremento de la IU en los primeros 2 años post-histerectomía en mujeres menores de 60 años, si bien este clásico meta-análisis encuentra una asociación entre histerectomía e IU a largo plazo, es decir muchos años después de la cirugía, sobre todo en mujeres mayores de 60 años en las que el riesgo de IU se incrementa hasta un 60%. Otros estudio no encuentran esta asociación(89).

- **Prolapso:**

Incontinencia urinaria y prolapso coexisten comúnmente. El prolapso genital es una patología que se produce como resultado de la alteración de las estructuras de sostén del suelo pelviano. Puede afectar hasta el 50% de las multíparas(90) y su incidencia aumenta con la edad(91). Se trata de una patología multifactorial, asociada a: multiparidad, embarazos y partos con fetos macrosómicos, alteraciones del colágeno, obesidad, partos traumáticos, Valsalva crónico, niveles estrogénicos bajos y antecedente de cirugías pelvianas(92-94). Estos factores de riesgo son compartidos en casos de incontinencia de orina. Por estas razones, es frecuente encontrar la asociación entre prolapso genital e incontinencia de orina(95).

Sin embargo, cuando una mujer padece de cistocele severo, los síntomas de la incontinencia podrían quedar ocultos, y sólo hacerse evidentes después de la corrección del prolapso(96,97). Puede ser muy frustrante, para el médico y la paciente, ver complicados los resultados de una cirugía por prolapso, por la aparición de incontinencia, cuando no se había sospechado antes. Al realizar una cirugía es importante considerar la corrección completa de todos los defectos del suelo pelviano(97).

Con el avance de la edad en la población, los gineco-obstetras tienen mayor probabilidad de encontrar mujeres con prolapso de órganos pélvicos, puesto que su prevalencia es de 41% en mujeres posmenopáusicas mayores de 60 años. El riesgo de por vida de ser operadas de prolapso o incontinencia urinaria se estima en un 11%(98). Si bien casi la mitad de las mujeres que han tenido hijos pueden identificarse con algún grado de prolapso en la exploración física, la mayoría no está clínicamente afectada.

- **Evaluación de la incontinencia urinaria de esfuerzo con prolapso de órganos pélvicos:**

La cistometría es la prueba clave para la evaluación urodinámica de los síntomas de incontinencia urinaria de esfuerzo. De acuerdo con el informe de terminología de la Sociedad Internacional de Continencia(6)(99) la incontinencia urodinámica de esfuerzo es la observación de fuga uretral durante el aumento de la presión abdominal, en ausencia de contracción del detrusor. Los estudios sugieren que la cistometría tiene diferentes sensibilidad y especificidad para el síntoma de incontinencia urinaria de esfuerzo, en función de la coexistencia de otros síntomas (incontinencia urinaria mixta). El síntoma de incontinencia urinaria de esfuerzo tiene un valor predictivo positivo del 56% para incontinencia urodinámica de esfuerzo pura y del 79% para incontinencia urodinámica de esfuerzo con otras anormalidades(99).

La urodinámica con fluoroscopia, o videourodinamia, suele ser útil en la evaluación de la incontinencia urinaria y el prolapso. Bajo fluoroscopia, la uretra y la base de la vejiga se observan en la fase de llenado, buscando específicamente si el cuello de la vejiga se cierra en reposo.

Si existe un prolapso significativo puede ser necesario obtener imágenes fluoroscópicas con la paciente en posición oblicua para determinar si existe hipermovilidad uretral, o para repetir las imágenes con un pesario o con un paquete vaginal para reducir el prolapso. Durante las maniobras de esfuerzo el cuello de la vejiga y la uretra se evalúan por apertura y fugas.

Las mujeres con prolapso severo pueden no tener síntomas de IUE pero sí cuando el prolapso se reduce; por esto es decisivo realizar pruebas urodinámicas para evaluar la existencia de incontinencia de esfuerzo “oculta” antes de la cirugía, para identificar a las pacientes que requieren cirugía de incontinencia en el momento de la reparación del prolapso. En estas pacientes la cistometría puede realizarse con el prolapso reducido mediante un pesario.

La incontinencia urinaria de esfuerzo oculta se demuestra cuando la paciente no tiene pérdida en los estudios urodinámicos, sin reducción del prolapso, pero sí cuando el prolapso se reduce. Una revisión de la bibliografía por la Tercera Consulta Internacional sobre Incontinencia, encontró que no existe una prueba confiable que pueda demostrar que las pacientes con prolapso están en riesgo de incontinencia postoperatoria(100).

Un estudio(101) reciente intentó valorar la relación del prolapso de órganos pélvicos en pacientes con incontinencia urinaria diagnosticada por urodinamia y con cuál subtipo de incontinencia se relaciona más. La conclusión fue que el 89,5% de las mujeres con prolapso tuvieron algún tipo de incontinencia. Así el prolapso se asoció con un OR = 2.38 (IC 1.844-3.078, p=0.023), por lo que el prolapso incrementa al doble el riesgo de sufrir incontinencia urinaria en cualquiera de sus subtipos. La incontinencia urinaria es frecuente; sin embargo,

en algunas ocasiones está enmascarada, sobre todo en casos de debilidad de los soportes de la uretra e hipermovilidad uretral. En caso de cistocele, la paciente puede describir una disminución de las pérdidas urinarias asociada con el cistocele, que enmascara la incontinencia. Por tal motivo la valoración de las pacientes con incontinencia o prolapso de órganos pélvicos debe ser integral porque la correlación entre las dos es importante. Este estudio es relevante debido a que hay pocos acerca de la relación entre los subtipos de incontinencia con prolapso. En la valoración de las pacientes, a menudo pasa inadvertida alguna de las dos afecciones, por esto hay que ser conscientes que hasta un 89,5% de las pacientes con prolapso sufren incontinencia urinaria, sobre todo mixta o de urgencia.

Otros estudios(102) también indican que más del 60% de las mujeres que presentan prolapso en órganos pélvicos son diagnosticadas de IU. Asimismo el 40% de las mujeres que presentan IU presentan algún grado de prolapso. En recientes estudios(103) se ha evidenciado una relación entre los distintos tipos de prolapso evidenciándose asociación entre cistocele e IUE y entre rectocele e IUU.

1.4.1.4 Factores estilos de vida:

- **Estreñimiento:**

Actualmente el estreñimiento es considerado como un factor de riesgo para el desarrollo de IU en mujeres(25)(24). El estreñimiento crónico afecta provocando un estiramiento de recto que puede comprimir la vejiga contribuyendo a la retención urinaria, pudiendo causar infecciones del tracto urinario y frecuentemente la fuerza realizada para la evacuación intestinal puede lesionar la musculatura pélvica y provocar lesión muscular. La relación entre estreñimiento e incontinencia urinaria suele ser bidireccional y también muestra una mayor asociación con prolapso de órganos(104).

- **Alcohol:**

El impacto del consumo de alcohol sigue siendo inconsistente en la literatura. Se observó la falta de asociación en dos estudios basados en la población llevado a cabo en Noruega e Italia(34,36). Sin embargo, un estudio de mujeres taiwanesas(105) entre 20-59 años evidenció que la prevalencia de incontinencia urinaria aumentaba con el consumo de alcohol si bien el nivel de alcohol consumido no fue cuantificado.

- **Tabaco:**

Se ha considerado siempre un factor de riesgo de incontinencia para la mujer. Aunque el mecanismo se desconoce, se cree que puede contribuir a la tos crónica o interferir con la síntesis de colágeno.

En el estudio EPICONT no se encontró asociación entre la IU y el tabaco. Sin embargo, sí existía una débil asociación en la incontinencia severa. Al examinar la relación entre incontinencia y el número de cigarrillos, se observó que los fumadores actuales y los

exfumadores de más de 20 cigarrillos tenían un mayor riesgo de presentar incontinencia severa que los no fumadores, presentando un OR de 2.1 (1.5-2.8) y 2.5 (1.8-3.5), respectivamente(36). Otros estudios también han encontrado esta asociación(106).

Muchos de los resultados aportados en la literatura han sido inconsistentes. Sin embargo también hay estudios más actuales que sugieren una relación entre la IU y el tabaco(49)(36)(72). En un estudio de casos y controles, las mujeres fumadoras presentaban un riesgo 2,5 veces mayor para padecer IUE(107).

- **Ejercicio físico:**

La realización de ejercicio físico moderado tenía un efecto protector en el estudio EPICONT. Las mujeres que hacían ejercicio físico más de tres horas a la semana presentaban un 20% menos de riesgo de presentar incontinencia urinaria que las que hacían menos de una hora de ejercicio a la semana. Este efecto protector no se observaba en la incontinencia de urgencia.

Hace más de una década que se viene apuntando a la posible relación entre ejercicio físico-deportivo y la lesividad sobre el suelo pélvico del ejercicio físico-deportivo(108-110). En general, todos aquellos deportes que provoquen un aumento importante de la presión intra-abdominal suponen un factor de riesgo perineal, considerándolos como situaciones hiperpresivas. Entre las actividades que mayores niveles de presión intra-abdominal generan (valores superiores a 30-50 mm de Hg se consideran hiperpresión) destacan, según Valancogne(111) los siguientes: a) los ejercicios abdominales clásicos; b) el atletismo; c) el baloncesto; d) el aeróbic; e) el tenis. En sentido opuesto, la natación y el ciclismo son los que menor presión abdominal generan.

Trabajos descriptivos(112) demuestran cómo la prevalencia de la IU en mujeres sedentarias comparado con mujeres deportistas resulta significativamente menor, 2,85% frente a un 31,42% respectivamente. Un estudio anterior(113) realizado sobre 105 alumnas de educación física con una media de edad de 21 años que practicaban deporte de competición, encontró que el 62,8% presentaba IUE relacionada con las actividades deportivas.

Hay una alta prevalencia de IUM en jóvenes atletas, sean nulíparas o no(114). Ejemplo de ello es el estudio con estudiantes de educación física donde seis de cada siete que realizaron test de urodinámica presentaron IUE(115).

Es una circunstancia que puede limitar la propia actividad deportiva o hasta al propio abandono de la misma(116) por lo que no debe pasar desapercibida.

Los porcentajes difieren de un deporte a otro y dependen de muchos factores, pero independientemente de este hecho, toda la literatura concluye que en casi todos los

ejemplos de deportes que suponen esfuerzos físicos elevados o la existencia de impactos como saltos, carreras o empujes, tracciones que aumentan la presión abdominal, los porcentajes son elevados y estos mismos afectan al propio rendimiento de la atleta.

La incontinencia urinaria femenina es muy frecuente en trabajos que suponen grandes esfuerzos y en las deportistas, ya que los impactos sobre el suelo pélvico aumentan la presión sobre la vejiga, venciendo en ocasiones la presión uretral. En un estudio(117) realizado sobre mujeres nulíparas de 21,5 años de edad media y en que la única diferencia entre ellas era la práctica deportiva, reveló que las que practicaban deporte padecían incontinencia urinaria de esfuerzo durante la práctica deportiva un 62,8% y en un 60% de forma diaria. Sin embargo, las que no realizaban deporte presentaron incontinencia en un 34% de los pacientes. Además, el porcentaje de mujeres incontinentes depende del tipo de deporte practicado, siendo superior en aquellos en los que se producen saltos e impactos sobre el suelo pélvico (como la gimnasia, baloncesto o tenis).

Las mujeres que realizan actividad física de forma continuada debido a su profesión como entrenadores, instructores de fitness o monitores de pilates y yoga han sido objeto de estudio(118) en relación con el impacto e incidencia de la IU. A pesar de mantenerse en forma y activos, los profesionales del fitness realizan muchas sesiones dirigidas de actividades físicas de impacto o coreografiadas. En este estudio, de un total de 685 mujeres encuestadas de media de edad 32,7 años, un 26,3% indicó padecer algún tipo de IU, de las cuales sólo un 8,9% manifestó haber recibido algún tratamiento.

- **Deporte de élite:**

Por su parte la prevalencia de Incontinencia Urinaria de esfuerzo en la mujer deportista de élite es muy alta y va a depender en gran medida del tipo de deporte que practique y la frecuencia de entrenamiento sumado a otros factores de riesgo (como la edad, número de partos, composición corporal etc.).

Como factores de riesgo dentro de la propia práctica deportiva se han señalado como principales 1) la duración de la sesión; 2) la frecuencia de entrenamiento; 3) los años de vida físico-deportiva; 4) impacto del ejercicio o deporte practicado.

Nygaard en 1994(119) realizó un estudio a un grupo de 104 mujeres que habían participado en varias Olimpiadas. Se les preguntó si recordaban haber tenido IU cuando competían y si tenían síntomas de IU actualmente. Las mujeres que practicaban deporte de alto impacto presentaban mayor índice de IU durante la competición con respecto a las de bajo impacto. Esto nos sugiere que el impacto de la actividad puede ser un factor de riesgo. Eliasson et al., en 2008 (120), refieren que los años de práctica deportiva, la frecuencia semanal de entrenamiento y la duración de los mismos son factores de riesgo que incrementan de padecer pérdidas de orina.

En 1996 Nygaard(121) apunta como factor de riesgo la flexibilidad de la bóveda plantar. Cada vez que se camina, en el talón se generan ondas expansivas de 3G y durante la carrera se acercan a 15G. Se estudiaron 47 atletas de 5 deportes diferentes (gimnasia, baloncesto, voleibol, hockey hierba y béisbol). Las que presentan fugas de orina tienen menor flexibilidad en la bóveda plantar por lo que la forma de absorción de la fuerza puede ser un factor de riesgo en la mujer deportista.

En base a lo anteriormente expuesto, diversos autores coinciden en señalar como factor de riesgo los ejercicios abdominales(122)(123). En esta línea se encuentran citas como *“Entre los factores etiológicos se considera, como el más importante, el aumento de la presión intraabdominal por la mala práctica deportiva o el ejercicio abusivo de abdominales, situación que va a incidir sobre el suelo pélvico, provocando la degradación progresiva del mismo y haciéndolo incompetente para la función de continencia”*(122). Sin embargo, es cierto, como apuntan algunos autores(124), que estas disfunciones del suelo pélvico son raramente expuestas en artículos de la literatura deportiva.

1.4.1.5 Factores consumo de fármacos:

Existen una serie de grupos farmacológicos directamente implicados en la pérdida de la continencia urinaria, considerándose una de las causas más frecuentes de incontinencia urinaria transitoria. Los agentes farmacológicos más directamente relacionados con la aparición de incontinencia urinaria que tienen una asociación independiente con incontinencia urinaria femenina son diuréticos(25) (OR 2.2; 95% IC 1.2-3.9), benzodiacepinas(125) (OR 1.44; 95% IC 1.12-1.83), tranquilizantes (OR 1.65; 95% IC 1.06-2.57), antidepresivos (OR 1.75; 95% IC 1.04-2.94), hipnóticos (OR 1.52; 95% IC 1.07-2.16), laxantes (OR 1.67; 95% IC 1.18-2.37)(126).

La tabla 2 muestra los distintos fármacos que según la bibliografía(127)(128) revisada, tienen influencia en el desarrollo de IU y el mecanismo de producción de la misma.

Tabla 2: Fármacos que influyen en el desarrollo de IU y su mecanismo de producción.

TIPO DE SUSTANCIA	MECANISMO Y SÍNTOMAS DE IU PROVOCADOS
Antidepresivos	Disminuyen contracción vesical: IU por rebosamiento
Diuréticos	Contracciones diuresis aumentada: IUU
Sedantes, Hipnóticos, Antipsicóticos	Depresión central: IUU
Agonistas Alfa adrenérgicos	Aumento tono esfínter: Retención IU por rebosamiento
Antagonistas Alfa adrenérgicos	Relajación esfínter: IUE
Agonistas B adrenérgicos	Disminuyen contracción vesical: IU por rebosamiento
Alcohol y cafeína	Depresión central y efecto diurético IUU
Cafeína	Contracciones IUU

1.4.1.6 Factores enfermedades concomitantes:

La pluripatología y la utilización de polifarmacia tienen una gran responsabilidad en la frecuencia tan alta de incontinencia entre la población anciana(129), considerándose como los factores más directamente relacionados con la aparición de IU sobre todo en personas de edad avanzada(130,131). De una forma sistematizada se exponen las principales condiciones que suponen un mayor riesgo para la pérdida de la continencia urinaria(131):

- Patología neurológica como la enfermedad de Parkinson, la enfermedad cerebrovascular, la demencia, la hidrocefalia, la patología medular las neuropatías periféricas y/o autonómicas, pueden condicionar una pérdida del control cortical o de la integración del reflejo miccional a nivel del centro sacro de la micción.
- Diabetes *mellitus*, sobre todo cuando existe un mal control metabólico, ya que puede provocar una alteración de la contractilidad del detrusor en relación con neuropatía, así como aparición de diuresis osmóticas con poliuria.
- Insuficiencia cardíaca, en las situaciones de descompensación con edemas y congestión pulmonar, puede aparecer poliuria y superando la capacidad vesical fisiológica del anciano.
- Patología osteoarticular que puede condicionar una mala movilidad (enfermedad degenerativa, osteopenia, aplastamientos vertebrales, fracturas, artritis) y limitar la capacidad para deambular y alcanzar el baño cuando lo precise.
- Disminución de la visión como por ejemplo las cataratas, las retinopatías o el glaucoma crónico pueden condicionar una imposibilidad de desplazarse de forma independiente o de alcanzar el baño fuera de su ambiente habitual.
- Patología del tracto urinario inferior: ciertas entidades clínicas como la hipertrofia prostática benigna, el carcinoma prostático, la presencia de bacteriuria asintomática y de infecciones urinarias, pueden provocar alteraciones locales (contracciones involuntarias del detrusor, obstrucción de tracto de salida) o bien los episodios de retención urinaria que también condicionan incontinencia por rebosamiento.
- Patología intestinal: como el estreñimiento crónico y la impactación fecal. En concreto, la impactación fecal se ha comunicado como una causa bastante frecuente, hasta 1/3 de las incontinencias transitorias del paciente geriátrico, relacionándose con varios mecanismos como la obstrucción al tracto de salida provocada por el efecto de masa rectal, o bien con la producción de contracciones vesicales reflejas inducidas por la distensión del recto.

La presencia de dos o más enfermedades se ha asociado a IU (OR 4,38 IC 95% 2,50-7,68)(132). Enfermedades específicas que se encuentran relacionadas con IU son diabetes(29,38,126), ictus(126,133), hipertensión arterial(134), Parkinson(126,135), EPOC(126,135).

1.5 PREVALENCIA DE INCONTINENCIA URINARIA

1.5.1 VARIABILIDAD DE CIFRAS DE PREVALENCIA MUNDIALES

Según la Organización Mundial de la Salud, la IU es *"una enfermedad global muy extendida afectando a 200 millones de personas en el mundo y uno de los últimos tabúes"*(136).

Las cifras de prevalencia encontradas en la literatura son variables. Esta variabilidad viene explicada por una serie de factores relacionados con:

- a) Definición adoptada de incontinencia:** Según la definición de la incontinencia urinaria empleada, la prevalencia es mayor en estudios que utilizan una definición amplia de incontinencia urinaria, sin tener en cuenta la frecuencia ni la severidad o la comprobación de tal hecho mediante pruebas objetivas. Cuando se usa la definición de la ICS, la prevalencia tiende a ser inferior. La prevalencia es mayor cuando se usa una definición amplia o no se usa ninguna definición (44%, 53%, 90% respectivamente). A veces la definición utilizada no incluye la frecuencia o severidad de los episodios, lo cual tiende a aumentar la prevalencia.
- b) La selección de las muestras:** Las muestras aleatorias permiten sacar conclusiones más fiables y evitan el sesgo de selección.
- c) La población a estudio:** Según el tipo de población estudiada se podrán sacar o no inferencias (población general, pacientes que buscan atención por otros motivos en AP, consultas ginecológicas, inclusión de población institucionalizada, grupos étnicos o de edad considerados) y los datos serán de distinta utilidad para planificar, por ejemplo, servicios sanitarios.
- d) Instrumentos de medida y recogida de datos:** Inclusión de instrumentos de CV según recomienda la ICS. Este hecho permite evaluar el impacto de las intervenciones. Tipos de cuestionarios utilizados (validados o no), consideración de tasa de no respuesta (sesgo de selección y la metodología empleada (autoadministración/entrevista) en los distintos estudios(137)(138).

Así los resultados de prevalencia más altos se evidencian con cuestionarios obtenidos por entrevista frente a los autoadministrados(139). Según los estudios se obtiene una prevalencia del 30,7% por entrevista (n=541) mientras que en los estudios realizados con cuestionarios autoadministrados, la prevalencia fue del 17% (n=2641).

1.5.2 ESTUDIOS DE PREVALENCIA: EDAD E IU

Los estudios epidemiológicos sobre prevalencia de IU en población general muestran que es un problema más frecuente en la mujer que en el varón y que la incidencia aumenta con la edad. Se han descrito cambios anatómicos y funcionales en la vejiga y en las estructuras del suelo pélvico que ocurren con la edad y que pueden contribuir a la IU.

Entre las mujeres jóvenes se estima que la prevalencia de la incontinencia urinaria es de un 20-30%, en mujeres de edad media es de un 30-40% y en mujeres mayores se estima que hasta el 50% sufre incontinencia urinaria. El estudio EPICONT(15) también reflejó diferentes prevalencias en relación con diferentes subgrupos de edad: 12% para las mujeres de menos de 30 años, 30% en las mujeres de alrededor de 50 años y hasta el 40% en las mujeres mayores, tal y como se observa en figura 5.

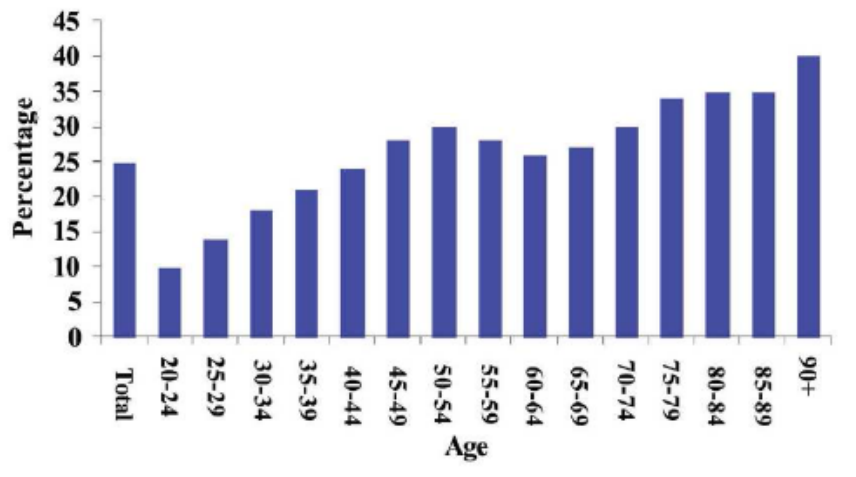


Figura 5: Prevalencia de la IU (“cualquier pérdida”) en mujeres > 20 años. Datos del estudio EPICONT(15).

Independientemente de todos los factores, la prevalencia de IU parece incrementarse hasta la edad media de vida, momento en el que se estabiliza incluso disminuye entre los 50-70 años y suele seguirse posteriormente de un incremento constante. Así se demuestra según estudios epidemiológicos realizados en Europa y Norte América que han encontrado que entre un 10% y un 40% de mujeres mayores de 40 años han manifestado episodios de IU. A partir de esta edad la incidencia va aumentando situándola sobre el 36-38 % en las mujeres de entre 60-65 años(140)(141).

En residencias, la prevalencia es del 40% al 62% y hasta el 75% en personas con demencias graves(142).

En el estudio poblacional más amplio realizado hasta el momento(48) con mujeres mayores de 15 años, se determinó una prevalencia del 9,15% para la IU habitual, definida como “*pérdida involuntaria de orina en el momento y lugar inadecuados, al menos dos veces al mes*”.

Un estudio reciente(143) realizado en cuatro países europeos (Francia, Alemania, Reino Unido y España), llevado a cabo sobre las respuestas de una encuesta por correo a 17.080 mujeres de más de 18 años, encontró que el 35% de ellas referían pérdidas involuntarias de

orina en los 30 días previos. La tasa de prevalencia fue muy similar en todos los países (41 a 44%), excepto en España, cuya tasa resultó sorprendentemente menor (23%). La cifra media estimada de prevalencia es del 35%, se aproxima a la determinada en otros estudios(28), si bien es superior a la determinada en el extenso estudio noruego EPICONT realizado en 27.936 mujeres mayores de 20 años entre 1995 y 1997 que la cifraba en el 25%(15).

En ambos estudios se constata claramente que la prevalencia de IU aumenta con la edad, con una tasa típica en adultos jóvenes de 20-30%, un pico alrededor de la edad media (prevalencia 30-40%) y luego un incremento leve y mantenido en edades más avanzadas (prevalencia 30-50%)(12)(15)(143).

La incontinencia es muchas veces atribuible a problemas médicos o enfermedades que pueden alterar los mecanismos de continencia (por ejemplo la diabetes *mellitus*, el deterioro cognitivo, u otros factores descompensadores), muchos de los cuales son más comunes en gente de mayor edad.

El análisis epidemiológico más exhaustivo realizado en IU, el MESA (*Medical Epidemiologic and Social aspect of Aging*), en mayores de 60 años, encuentra una prevalencia en mujeres del 37,6%, sin datos significativos cuando el análisis se realizó por diversos grupos de edad(139).

La prevalencia de la IU es significativamente mayor en las personas que viven en residencias de ancianos, en comparación con el resto de la población (144-146).

Esto se debe en parte a que la edad media de estas pacientes es mayor que en la población general, pero además y fundamentalmente a que el estado general de las pacientes institucionalizadas es peor. Habitualmente, son personas que presentan limitación de la movilidad, deterioro cognitivo de cualquier grado o son personas dependientes para muchas de las actividades cotidianas. Las tasas de prevalencia descritas en mujeres institucionalizadas llegan a ser del 60 al 78%(147). Otros autores(148) arrojan cifras entre el 22 y el 90% con una media del 55,7%. Una vez más, los factores descompensadores juegan un papel muy importante en el desarrollo de la IU en este grupo de pacientes.

1.5.3 ESTUDIOS DE PREVALENCIA: IU POR SUBTIPOS

La prevalencia de la IU varía según el tipo. En los distintos estudios epidemiológicos se muestra que la IUE es el tipo de IU más frecuentemente referido. La IUE pura afecta al 10-20% de las mujeres incontinentes, mientras que un 30-40% tienen síntomas de IUM(149). Como la IUM es la combinación de IUE e IUU, la mayoría de mujeres, independientemente de su edad, se quejan de IUE con o sin síntomas de tracto urinario inferior. Datos recientes publicados en la literatura reflejan que la IUE es el tipo de incontinencia más frecuente, ya que casi el 50% de la población con incontinencia tiene esta forma de presentación. Le seguirían la IUM y la IUU en ese orden, con 36% y 11% de prevalencia(150).

Hunskar(28) en el año 2000, en una revisión de 11 trabajos publicados, encuentra unos valores medios de prevalencia del 48% para la IUE, con un mínimo de 29 y un máximo de 75, del 17% para la IUU con un mínimo de 7 y un máximo de 33, y del 39% para la IUM, con un mínimo de 14 y un máximo de 61. A pesar de indicar una distribución similar a los diferentes estudios analizados, este trabajo cuestionaba que al ser todos ellos estudios de grupos seleccionados podría ocurrir que los datos no fueran un fiel reflejo de la población general.

Esto se corresponde con los porcentajes comunicados en el estudio EPICONT(15) con una población no seleccionada de mujeres, en el que el 50% de las mujeres incontinentes tenían síntomas de IUE, 11% de IUU y el 36% de IUM. Estos datos han sido confirmados en recientes revisiones(10).

El estudio MESA establece, por tipos de incontinencia, que la IU de estrés acaece en el 26,7%, IU de urgencia en el 9,1%, IU mixta en el 55% y de otro tipo el 8,9%(139).

De todas formas, Hunskar y cols.(28) indicaron que es siempre importante tener en cuenta que los estudios epidemiológicos están basados en los síntomas que la paciente registra en diferentes cuestionarios y de este modo, es más que probable que la IUM y la IUU estén sobredimensionados, en detrimento de la IUE.

Como hemos comentado, la edad es un factor que influye en la prevalencia de la IU general. Este factor también es importante en el análisis de los distintos tipos de incontinencia (tal y como se observa en la figura 6). La mayor tasa de IUE se objetiva en las mujeres jóvenes entre 25 y 49 años de edad y a medida que aumenta la edad, se observa una disminución proporcional de la IUE. Los síntomas de IUU aparecen sobre todo en las mujeres más jóvenes (< 35 años) y en las de mayor edad (> 65 años)(15,28,143,150).

Finalmente, se ha visto que la IUM aumenta con la edad, excepto una tasa relativamente alta (del 33%) que se objetiva en las mujeres de entre 20 y 24 años de edad(28).

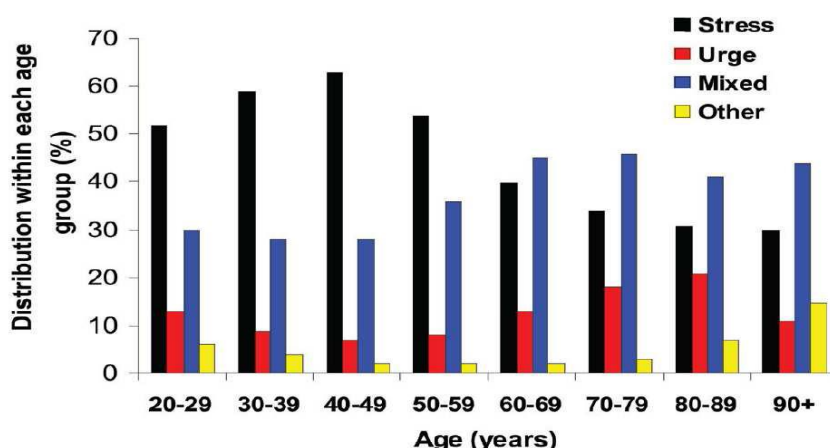


Figura 6: Distribución de los diferentes tipos de IU según grupos de edad. Datos del estudio EPICONT(15).

Otros estudios confirman estos resultados en los que el porcentaje de mujeres incontinentes con IUE alcanza un pico máximo alrededor de la quinta década (rango 28% a 65%)(12)(10) y luego declina a partir de la sexta década. Por contraste, la IUM es más frecuente en mujeres mayores y supone un 40 a 48% en el rango de 60 años en adelante(12).

1.5.4 ESTUDIOS DE PREVALENCIA: IU POR SEVERIDAD

Cuando se estudia la prevalencia de los diferentes tipos de severidad de la IU, nos encontramos con el problema principal de la inexistencia de criterios unificados para definir cada uno de ellos. Por lo tanto, las prevalencias son muy variables y quedan en función del “umbral” escogido por los autores para designar la IU leve, moderada, severa, muy severa y la “significativa”.

Como hemos apuntado, la IU severa se identifica con relativa facilidad(28). Por ello, cuando únicamente analizamos las mujeres con IU severa o “significativa” podemos observar que la variabilidad entre diferentes estudios disminuye considerablemente(19). Las tasas de prevalencia de este tipo de IU varían entre el 3 y 17%, con la mayoría de los estudios que arrojan cifras entre el 4 y el 8% (151-153)(139). No hay una homogeneización de criterios para designar la IU severa, sin embargo las tasas de prevalencia se hacen considerablemente más similares por la facilidad en diferenciarla de otros tipos de IU de menor grado.

Por lo tanto, parece clara la diferencia entre cualquier tipo de IU y la IU severa, como lo han demostrado tradicionalmente estudios previos cuyos datos exponemos en la tabla 3.

Tabla 3: Prevalencia de distintos tipos de IU según diferentes autores.

Autor	Cualquier tipo de IU	IU severa (%)
Campbell(153)	12	3
Vetter(154)	14	5
Yarnell(151)	16	11
Thomas(48)	23	10
Herzog(19)	30	4
Milne(155)	34	5

La edad también es un factor que influye en la severidad de la IU, según los datos del estudio EPICONT(15). Asimismo, los estudios(156)(157)(158) confirman que la severidad de la incontinencia se incrementa con la edad. En Estados Unidos un 12% de las mujeres de entre 60-64 años presenta incontinencia diaria, mientras que el 21% de las mujeres de 85 años tiene incapacidad diaria de retener la orina(157).

El estudio EPICONT(15) analizó la severidad en los diferentes tipos de incontinencia urinaria y encontró que la IU severa supone el 17%, 28% y 38% de la IUE, IUU y IUM, respectivamente. Sin embargo, la severidad fue leve en el 53% de los casos de IUE, 39% de los casos de IUU y en el 31% de los casos de IUM.

1.5.5 PREVALENCIA DE IU EN ESPAÑA

Se han publicado revisiones bibliográficas recientes por el Observatorio Nacional de Incontinencia(159) donde se analizan estudios de prevalencia de IU publicados en España en los últimos 10 años en población española con edades iguales o superiores a 18 años recopilándose y analizándose hasta un total de 25 estudios. Se incluyeron 16 estudios y sus referencias bibliográficas (Tabla 4).

En el caso de la IU, la heterogeneidad de cifras de prevalencia es consecuencia de las diferencias entre los estudios respecto de la definición de incontinencia utilizada (en términos de números de escapes y su frecuencia), de las tasas de respuesta, la inclusión de sujetos institucionalizados, los métodos de recogida de datos (cuestionarios, entrevistas, etc), las preguntas usadas en los cuestionarios y la manera en que son respondidas, el periodo sobre el que se reporta la IU y la gravedad o importancia de la IU, la representatividad de la población y el ámbito de realización del estudio(20)(160). Estos condicionantes explican que se encuentren diferencias considerables entre los estudios realizados en nuestro país.

En la revisión sistemática Rebollo Alvarez y Espuña Pons(16) se analizó la bibliografía española disponible hasta el año 2003 sobre la IU, epidemiología, diagnóstico, tratamiento y resultados, centrándose principalmente en la IU de esfuerzo, para exponer las características sobre las que puede haber un consenso, y las que necesitan futuras investigaciones trabajo. La prevalencia de la IU femenina en España oscila entre el 20 y el 50%, dependiendo de la edad. No hay datos disponibles sobre la incidencia. La edad de aparición de esta enfermedad no se ha estudiado directamente en cualquiera de los trabajos revisados, aunque de ellos se puede deducir que es alrededor de 55 años.

Las pacientes con IU tiende a ocultar el problema y, en general, los médicos tienden a no reconocer como una patología tratable, por lo que, supuestamente, hay una alta prevalencia oculta de IU.

Tabla 4: Estudios de prevalencia de IU publicados en España.

Autor	Muestra	N	Prevalencia
Rebollo Álvarez P, 2003(16)	Revisión IU en mujeres	Revisión sistemática	20-50%
Nieto Blanco E, 2003(161)	Mujeres 40-65 años	485	15,4%
Modroño Freire MJ, 2004(162)	Mujeres 18-65 años	436	20%
Flores Sánchez o, 2004(163)	Mujeres en edad laboral	751	33,2%
Hunskaar S, 2004(143)	Mujeres europeas >18 años	17.080	35% Global 23% España 41% Alemania 42%Reino Unido 44% Francia
Ballester A, 2005(164)	Mujeres 20-64 años	115	34,9%
Martínez Escoriza JC, 2006(165)	Mujeres consultas ginecología	639	39,97%
Sánchez de Enciso M, 2006(166)	Mujeres >18 años	354	39,8%
Damián M, 1998(167)	Población >65 años, no institucionalizada	589	15,5% Global 16,1% Mujeres 14,4% Varones
Sánchez González, 1999(168)	Población >60 años	400	43,3% Mujeres 23,9% Varones
Gavira Iglesias FJ, 2000(169)	Población >65 años	827	36% Global 42% Mujeres 29% Varones
Dios-Diz JM, 2003(170)	Población >64 años	350	35,14% Global 38-51% Mujeres 15-28% Varones
Zunzunegui Pastor MV, 2003(171)	Población >65 años	1.150	30% Mujeres 14% Varones
Gavira Iglesias FJ, 2005(172)	Población >65 años	827	46%
Martínez Agulló E, 2009	Mujeres 25-64años	3.090	7,25%
	Hombres 50-64 años	1.071	1,59%
Grupo de Estudio Cooperativo EPICC(173)	Población >65 años institucionalizados	996	44,58%
	Eneuresis nocturna en niños 6-11 años	1.279	(V:30,11%,M:50,21%) 7,82%
Espuña Pons M, 2009(174)	Población Cataluña >15 años	15.926	7,95% (V 3,6%; M 12,2%)

Nieto Blanco E. y colaboradores(161) estudiaron la epidemiología y las repercusiones sociales y de salud de la incontinencia urinaria en 485 mujeres de edades comprendidas entre 40 y 65 años en el Área 6 de Atención Primaria en Madrid mediante muestreo aleatorio del censo de las tarjetas sanitarias, estratificado por los tres tipos de distritos sanitarios (rural, urbana y peri-urbana). Detectaron una prevalencia global de la IU en esta franja de edad del 15,4% (2,6% estrés, el 10,6% urgencia y 2,1% mixtos). La edad media fue de 52 años. Nuevamente la mayoría de las mujeres no habían consultado al médico sobre el problema.

Martínez Agulló et al.(173) realizaron un estudio epidemiológico, observacional, multicéntrico y de ámbito nacional. Se recogieron datos, a través de encuestas en 5 áreas representativas de todo el ámbito nacional y en cuatro grupos de la población: 1) Mujeres, laboralmente activas (entre 25 y 64 años); 2) Varones, laboralmente activos (entre 50 y 64 años); 3) Niños en enseñanza primaria (entre 6 y 11 años); y 4) Personas mayores de 65 años institucionalizadas con nivel cognitivo conservado.

La encuesta a población adulta y ancianos incluía dos partes: 1) variables socio-demográficas y antecedentes de la historia clínica; y 2) síntomas de Vejiga Hiperactiva (VH) e IU. La encuesta a niños incluía variables socio-demográficas y sobre ingesta de líquidos y control de la orina. El porcentaje de respuesta en los diferentes grupos del estudio osciló el 79,7% y el 98%.

La prevalencia de la IU global en mujeres laboralmente activas (N= 3090) fue del 7,25%, con variaciones importantes dependiendo de la edad. Así, en menores de 45 años era del 4,99%, entre los 45-54 años era del 7,92% y entre los 55-64 años llegaba al 11,73%. La prevalencia en los varones entre los 55-64 años (N= 1071) fue del 1,59%. La prevalencia global en mayores de 65 años institucionalizados con nivel cognitivo conservado (N= 996) fue del 44,56%, siendo más frecuente en la mujer (50,21%) que en el varón (30,11%). Por último, la prevalencia de la enuresis nocturna en niños entre los 6 y 11 años (N= 1127) fue del 7,82%.

Respecto a la IU, la cifra de prevalencia en mujeres entre 25 y 64 años del presente estudio es sensiblemente inferior a las descritas en algunos estudios previos en nuestro país que oscilaron entre el 14% y el 40,6%, y a las de estudios realizados en otros países como Estados Unidos, que oscilan entre el 10,4 y el 40%. En varones entre 50 y 64 años, la prevalencia de IU fue muy inferior a la encontrada en las mujeres de similar edad y también inferior a la reportada en estudios previos realizados fuera de nuestro país. Cabe señalar que estas diferencias en las cifras de prevalencia respecto de las de otros estudios pueden ser debidas a que en el presente estudio se ha separado la VH de la IU, a que las muestras tenían diferente edad media y a que se han empleado criterios más estrictos para definir la IU (definición de IU de la ICS-2). Respecto a la prevalencia de IU en personas institucionalizadas

de más de 65 años son similares a las de estudios previos realizados en nuestro país que la cifraron en alrededor del 40% para muestras de sujetos residentes en la comunidad.

España Pons et als.(174) han realizado un estudio para conocer la prevalencia y severidad de la incontinencia urinaria en la población de Cataluña. Diseñaron un estudio descriptivo y transversal (N= 18.126), representativo de la población de Cataluña no institucionalizada. 15.926 de ellos eran mayores de 15 años y respondieron a la Encuesta de Salud de Cataluña (ESCA). Se añadieron dos preguntas sobre la frecuencia y cantidad de los escapes de orina al cuestionario de salud con 197 preguntas. Las preguntas sobre la IU son la versión española del Índice de Gravedad de la Incontinencia (ISI). En Cataluña un 7,9% de la población (más de 500.000 personas) tenían síntomas de IU, que corresponde al 12,2% de las mujeres y 3,6% de los hombres. El 77,8% del total de la población con síntomas de IU son mujeres. La prevalencia de la IU aumenta con la edad en ambos sexos, pasando de un 12% de las mujeres con una edad entre los 45 a 64 años, al 26,6% entre 65-74 años y al 41,8% con 75 años o más. Los síntomas de la IU estaban presentes en sólo el 2,8% de los hombres entre 45-64 años, 10,2% entre 65-74 años y 22,7% de los de 75 años o más. En dos tercios de las personas con IU, sus síntomas eran de moderada a severa. La gravedad de la IU aumenta con la edad en los hombres y mujeres. En general, los síntomas de la IU son 3 veces más prevalente en mujeres que en hombres.

En las revisiones bibliográficas de estudios anteriores al año 2003, las tasas de prevalencia de IU oscilan entre 20% y 50%(16). Así, en los estudios epidemiológicos publicados antes de 2003(175) se obtienen cifras cercanas al 40%. Esta misma prevalencia se estima por otros autores, situándose aproximadamente en el 15% en mujeres de 35 años, en un 28% en mujeres de 55 años y en aproximadamente el 50% en mayores de 65 años(176). En un estudio posterior(143) se observa una prevalencia del 23% en mujeres mayores de 18 años. El único estudio que se ha realizado en mujeres de 18 años y más, a nivel europeo, incluyendo en España a 10.000 mujeres, con un porcentaje de respuesta del 64% (N= 6.444), estima la prevalencia de IU en la mujer por grupos de edad conforme a la siguiente tabla.

Tabla 5: Prevalencia IU en las mujeres en España % IU IC 95% Hunskaar S. et al., 2004(143).

Prevalencia IU en las mujeres en España %	
Grupo de edad (años)	Porcentaje con IC 95%
18-24	6 (4-8)
25-29	15 (12-17)
30-34	17 (14-19)
35-39	21 (18-24)
40-44	23 (19-26)
45-49	22 (18-26)

50-54	25 (20-29)
55-59	23 (19-27)
60-64	25 (20-29)
65-69	34 (30-38)
70-74	35 (31-40)
75-79	38 (31-44)
80-84	40 (31-39)
85-89	51 (38-64)
> 90	61 (45-76)
Prevalencia global	23 (22-24)

En estudios posteriores se observa una prevalencia del 33,2 % en mujeres en edad laboral(177) y del 15,4 % en mujeres entre 40 y 64 años(161).

En un reciente metaanálisis(178) auspiciado por el Observatorio Nacional de Incontinencia (ONI) se estima una prevalencia global de IU en la mujer del 23,6%, y por grupos de edad (ver tabla 6).

Es necesario señalar que estos resultados fueron obtenidos sólo de 2 estudios: Hunskaar(143) realizado en mujeres europeas, incluyendo el subgrupo español, y Dios-Diz(170) en una población mayor de 65 años gallega que incluía hombres y mujeres.

Tabla 6: Prevalencia IU España % (IC 95%) Observatorio Nacional de Incontinencia(178).

Prevalencia IU España % (IC 95%) ONI	
Edad	Mujeres
18-34	12,9 (10,8-15,4)
35-44	17,8 (15,7-20,2)
45-54	22,6 (20,5-24,9)
55-64	28,4 (26,0-31,0)
65-74	35,2 (31,9-38,5)
75-84	41,9 (37,6-46,5)
85+	49,3 (43,6-55,0)
Prevalencia global	23,6 (21,0-26,4)

Según la revisión del ONI(178) en los estudios realizados en España, aunque existen variaciones regionales (tabla 4), la prevalencia media estimada para las mujeres es del 24% (figura 7):

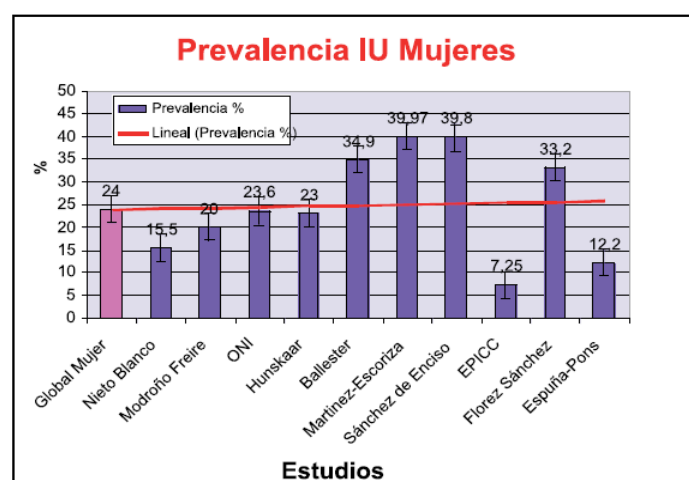


Figura 7: Prevalencia IU en mujeres (ONI)(178).

Según la presente revisión(178), se puede estimar una prevalencia global para la mujer de un 24%, aumentando al 30-40% en las mujeres de mediana edad y de hasta un 50% en las mujeres ancianas.

Se debe destacar que las prevalencias actuales de IU en España son más altas que las obtenidas en estudios anteriores, debido en parte a la adopción de definiciones más amplias incluyendo grados inferiores de severidad, excepto el estudio EPICC(173) y el estudio catalán de España Pons(174). La evolución de los pacientes diagnosticados de IU en nuestro país ha ido en aumento en los últimos años. Según datos de la OMS, hemos pasado de 2.200.000 casos en 1997 a 3.255.539 en 2003. Según los datos de la estimación de la prevalencia de IU en España del ONI(178), en 2007 se estimó que existían 6.190.000 (16,7%) de personas afectadas de IU en España (23,6% de mujeres y 9,6% de los varones) con las tasas estandarizadas a la población española en 2007.

Tabla 7: Evolución de pacientes diagnosticados de IU en España.

Evolución de pacientes diagnosticados de IU en España	
Año	Número de pacientes
1997	2.200.000
2003	3.255.539*
2007	6.190.000**
2009	6.510.000***

*OMS

**Estandarizado a la población española de 2007.

*** Estandarizado a la población española de 2009.

Con las tasas estandarizadas de la población española de 2009 se estima que 6.510.000 (15,8%) personas están afectadas por IU en España en la actualidad (24% de mujeres y el 7% de los varones)(159).

Tabla 8: Estimación de personas afectadas por IU en España en la actualidad.

	Prevalencia IU % (IC 95%)	Nº X106 (IC 95%)
Mujeres	24 (21-26)	5,04 (4,48-5,50)
Hombres	7 (3,6-17)	1,47 (1,14-2,05)
TOTAL	15,8 (12,3-21,5)	6,51 (5,62-7,55)

* Estandarizado a la población española de 2009.

1.5.6 PREVALENCIA DE IU A NIVEL INTERNACIONAL

La gran mayoría de estudios de prevalencia en mujeres se han realizado en países de EEUU, Canadá, Australia, Europa y Japón. Algunos se han hecho en países asiáticos y son desconocidos los datos existentes en países africanos(179). La estimación actual es que 346 millones de personas o el 8% de la población mundial experimentan algún tipo de IU(179).

Recientemente una revisión sistemática que abarca estudios poblacionales en inglés, francés, español, alemán e italiano acerca de la IU en Europa, revela que las cifras de prevalencia oscilan entre el 16,1 y el 68,8%(180). Los datos se refieren a estudios realizados en Austria, Dinamarca, Finlandia, Francia, Alemania, Grecia, Italia, Noruega, Portugal, España, Suecia, Países Bajos, Reino Unido y Turquía. Se indican cifras de prevalencia en mujeres entre 13,1% y 70,9%, siendo el tipo más frecuente la IU de esfuerzo, con valores que van desde el 6,4% al 50%. La prevalencia es inferior en los grupos de edad más jóvenes.

Otros estudios realizados con anterioridad mostraban que en todos los países europeos la prevalencia más elevada la encontrábamos en el subtipo de IU de esfuerzo(181).

Otro estudio realizado en cuatro países europeos muestra que la prevalencia de IU en mujeres de 18 años o más fue del 35%, siendo la más baja la de España (23%), en Francia fue del 44%, 41% en Alemania y 42% en Reino Unido (143).

Estudios realizados fuera de Europa, indican tendencias similares. Así en China(156) se indica que la prevalencia global de IU femenina fue del 38,5%, siendo el tipo más frecuente la de esfuerzo (60%), seguida de la IU mixta (32%), la de urgencia (7%) y otros tipos de IU (1%). También en este estudio se indicaba que la prevalencia de IU aumenta con la edad, la

prevalencia más baja se observó en el grupo de edad más joven (9,9% en las mujeres de 20-29 años), la prevalencia más alta se observó en el grupo de mayor edad (71% entre las mujeres de 90 años o más).

En otro estudio realizado en México(182) observaron una prevalencia de IU en mujeres del 46,5%, si bien la media de edad era discretamente más elevada en mujeres con IU (41,5 años) que en las continentales (36,3 años).

La prevalencia hallada en Puerto Rico(183) fue del 38,4% siendo la más frecuente la IU de esfuerzo (46,8%), seguida de la IU mixta (41,5%) y de la de urgencia (11,7%).

En mujeres coreanas de mediana edad (entre 35 y 64 años) la prevalencia de IU fue del 42,6%, en las de 35-49 años fue del 54,1% y en las de 50-64 del 45,9%(184).

En EEUU, en mujeres de 20 años o más, la prevalencia encontrada fue del 51,1%, siendo la más frecuente la IU de esfuerzo (24,8%)(185). También en este país, la prevalencia de IU se incrementa con la edad, refiriendo IU moderada o severa el 6,9% de mujeres entre 20 y 39 años, el 17,2% entre 40 y 59 años, el 23,3% entre 60 y 79, y el 31,7% en el grupo de mujeres de ≥ 80 años; siendo la prevalencia global de IU del 15,7%(186). En una revisión de la bibliografía realizada por el Comité de Epidemiología de la ICS(179)(187), se encontraron cifras de prevalencia entre 5% y 69%, siendo en muchos estudios entre 25% y 45%. Los resultados encontrados según tipo de IU y grupos de edad son los siguientes: en el grupo de edad de 20-39 años las cifras de prevalencia de IU de esfuerzo, urgencia y mixta oscilaron entre 4%-50%, 1%-33% y 1%-11% respectivamente; en el grupo de 40-59 años los valores fueron 8%-70%, 1%-58% y 2%-26%; en el grupo de 60-79 años, 8%-68%, 3%-71% y 4%-30%; y en el grupo de 80 años o más, de 8%-32%, 3%-30% y 4%-29%.

1.5.7 COMPARACIÓN PREVALENCIA IU EN ESPAÑA Y A NIVEL INTERNACIONAL.

Los datos expuestos sobre prevalencia de IU actuales en España son concordantes con los obtenidos en otros estudios a nivel internacional (ver figura).

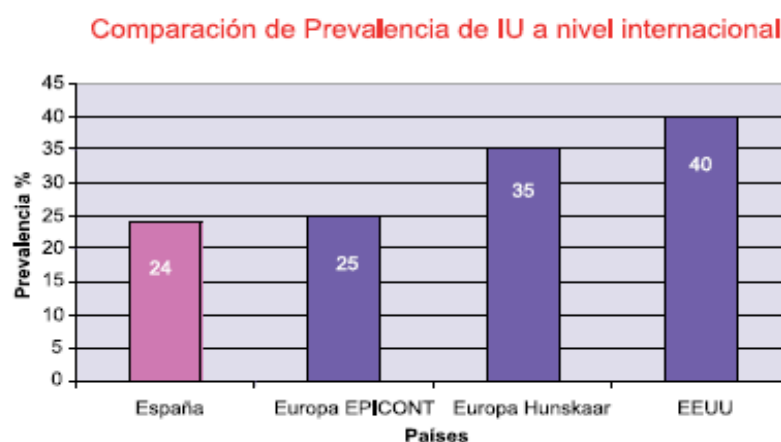


Figura 8: Comparación de prevalencia IU de España con prevalencias internacionales.

En mujeres europeas, el estudio EPICONT(15), realizado en 27.938 mujeres mayores de 20 años en Noruega, encontró una prevalencia de IU del 25%. Minassian(149) en un metaanálisis sobre IU en la mujer observa dos picos de prevalencia: uno entre los 40-50 años y otro hacia los 80 años. En el primero predomina la IUE y en el segundo la IUM y la IUU. En el estudio europeo de la IU en mujeres europeas mayores de 18 años de Hunskaar(143), el 35% padecía IU. Un estudio reciente realizado en cuatro países europeos (Francia, Alemania, Reino Unido y España) llevado a cabo sobre las respuestas de una encuesta por correo a 17.080 mujeres de más de 18 años, demostró que el 35% de ellas referían pérdidas involuntarias de orina en los 30 días previos. La tasa de prevalencia fue muy similar en todos los países (entre un 41-44%), excepto en España, cuya tasa resultó sorprendentemente menor, un 23%.

En mujeres americanas entre 30 y 90 años la prevalencia media fue del 45%, aumentando con la edad, pasando del 28% para el grupo de 30-39 años al 55% en el grupo de 80-90 años(188). En otros 9 estudios realizados en mujeres americanas se encuentran cifras muy diferentes que oscilan entre el 15% cuando se estudian mujeres de origen latino de más de 65 años(189) o el 18% en mujeres de origen asiático(190) y hasta el 40% cuando se estudian mujeres no institucionalizadas(191).

1.5.8 COSTE DE INCONTINENCIA

La incontinencia urinaria genera un elevado coste económico (el 2% del presupuesto en salud de países desarrollados)(192,193). Existen costes directos y costes indirectos(194). Los primeros son los derivados del diagnóstico, tratamiento quirúrgico o farmacológico, ayudas técnicas, personal, tiempo de trabajo y cuidados de rutina. Los costes indirectos se deben a la pérdida de productividad laboral que produce la muerte o prematura invalidez del incontinente, y cuyo impacto económico varía en función de la edad de la persona afectada. El coste ocasionado por el consumo de productos no farmacológicos para incontinencia se incluye en el presupuesto de efectos y accesorios. Las partidas más importantes del gasto son los cuidados rutinarios del paciente y las estancias hospitalarias, mientras que el diagnóstico y el tratamiento de la incontinencia representan sólo un 2% del gasto total.

Más de un 90% del coste de los cuidados rutinarios es debido al consumo de accesorios, principalmente absorbentes(193). Se ha calculado que una persona con incontinencia se gasta 1.000 euros anuales sólo en absorbentes, sin tener en cuenta otros productos necesarios para el cuidado de la piel(135).

1.6 CALIDAD DE VIDA E INCONTINENCIA URINARIA

1.6.1 CALIDAD DE VIDA E IU: PANORAMA ACTUAL

La CV se define según la OMS (1994) como *“la percepción que un individuo tiene de su lugar de existencia, en el concepto de cultura y del sistema de valores en el que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno”*.

Así, la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), entendida como un resumen de características relacionadas con el bienestar y la capacidad de actuación de las personas afectadas por determinado problema de salud, supone la capacidad del individuo para lograr sus objetivos y llevar a cabo su “proyecto vital” en un mundo significativo. El bienestar y la capacidad de actuación son fenómenos, ante todo, valorables por el propio enfermo que es quien los vive, y no para quien desde fuera los contempla, en este caso los profesionales sanitarios(195). Esto convierte a la medición del estado de salud o de la percepción de la CV en una novedosa tecnología comunicativa que toma en cuenta el punto de vista del paciente en el proyecto terapéutico, lo que ha llevado al Comité Científico Internacional (Paris 2002)(6) a establecer entre las pruebas diagnósticas recomendables “la valoración de la CV y síntomas adicionales”.

Los problemas de salud se acompañan de sentimientos negativos de inferioridad, miedo, rabia, ansiedad y depresión los cuales, pueden afectar la calidad de sus relaciones interpersonales con familiares, cónyuges y amigos(196).

El interés por el concepto y la medida de la calidad de vida en el área de la salud surge por varios motivos. Por un lado, el entendimiento de la salud como un estado de completo bienestar físico, psíquico y social, no solamente como la ausencia de enfermedad y dolencia; por otro lado, el extraordinario desarrollo de nuevos productos farmacológicos y de tecnología sanitaria, han propiciado el interés por la medida de la “calidad de vida”, cuyo propósito consiste en proporcionar una evaluación más comprensiva, integral y válida del estado de salud de un individuo o grupo(197).

En cuanto al impacto sobre la CV entre la población joven afectada, varios estudios sitúan la incontinencia como el problema que causa el efecto mayor sobre la CV junto con la artritis/reumatismo(198).

La *Agency for Health Care Policy and Research* (AHCPR) de Estados Unidos, considera que la IU es una de las siete situaciones médicas que más impacto tienen en la salud de los pacientes que la sufren, equiparable a la diabetes *mellitus* y la hipertensión arterial.

Asimismo la escala de *Nottingham Health Profile* que mide impacto y CV de diferentes patologías asigna a la IU una puntuación que la sitúa por encima de procesos tales como la patología pulmonar o la parálisis incompleta.

Hay autores que consideran que el impacto que la IU supone para las pacientes iguala e incluso es mayor al que provocan otras patologías crónicas como pueden ser la diabetes *mellitus*, la hipertensión arterial o la osteoartritis. Esta consideración supone reconocer que la IU presenta una repercusión negativa en la calidad de vida de las mujeres que la sufren(199).

Todo ello lleva a la ICS a la conclusión de que el tipo, la severidad y el resultado de la evaluación clínica o urodinámica de la incontinencia, no pueden predecir el grado de malestar o la intensidad de la repercusión negativa que la incontinencia provoca en las mujeres, debido a que la valoración de estos aspectos subjetivos aporta datos diferentes de esta disfunción miccional. Por ello, la valoración de la afectación de la calidad de vida de los pacientes tiene una especial relevancia en el abordaje de este problema de salud(200,201).

La IU es un problema complejo por la variable severidad con que puede afectar a las personas que lo sufren, influyendo en las diferentes esferas física, psicosocial, social, doméstica y de relación interpersonal, es por esto que varios estudios han tratado de medir la CVRS en las mujeres incontinentes.

Estos estudios varían en su diseño, metodología, criterios de diagnóstico de IU e incluso definición de CV. Sin embargo, en todos ellos se expone que la IU tiene un impacto negativo notable sobre múltiples aspectos de la vida diaria, tanto en el entorno social (menor interacción social o mayor aislamiento, abandono de algunas aficiones entre otros), como en el físico (limitaciones a la práctica deportiva), sexual (pérdida de la actividad sexual, evitación de la pareja), psicológico (pérdida de la autoestima, apatía, depresión, sentimientos de culpabilidad), laboral (absentismo, menos relación) y doméstico (precauciones especiales con la ropa, o protección de la cama(202).

Las mujeres con IU desarrollan hábitos de comportamiento para paliar el problema en parte, tales como la reducción en la ingesta de líquidos, el aislamiento y retracción social, la utilización de absorbentes y la adquisición de una determinada frecuencia miccional, y otros hábitos miccionales(203).

La IU tiene un efecto notable sobre la CV de los individuos afectos, de forma que el 60% se sienten avergonzados o preocupados por sus síntomas. Un 60% de las mujeres afectadas evitan alejarse de sus hogares, un 45% no utiliza el transporte público y el 50% rechaza la actividad sexual, teniendo mayor predisposición a problemas emocionales y a aislamiento social(204).

En este sentido los consensos internacionales como el mencionado Paris 2002, establecen como pruebas altamente recomendables “la valoración del impacto de la IU en la sexualidad” y de “los aspectos social y cultural” que rodean a estos pacientes. A pesar del problema que reflejan estos datos, solo el 6% de los individuos con incontinencia moderada o grave reciben algún tipo de asesoramiento y de asistencia médica, al ser una patología mal conocida y escasamente abordada desde la AP, interrogando poco sobre ella, no llegando al diagnóstico etiológico y ofreciéndose a veces solo medidas paliativas como el empleo de pañales(205).

La *International Consultation on Incontinence* (ICI) señala que, en los pacientes con síntomas urinarios, la evaluación de la presencia o ausencia del síntoma por sí sola, no evalúa el impacto que este problema produce en su vida y que la forma más adecuada de evaluar los síntomas y la afectación de la CV, es recogiendo la opinión del paciente a través de la auto-cumplimentación de cuestionarios de evaluación adecuados desde el punto de vista de psicometría(200). De hecho, aunque la IU se asocia a morbilidad psicosocial, la severidad de los síntomas, y por lo tanto su influencia en la vida diaria, no se relaciona directamente con la cantidad o frecuencia de orina perdida(206), si bien es el grado de debilitamiento de la CV lo que determina que el individuo busque tratamiento médico.

La ICS en 1997 recomendó incluir instrumentos específicos de CV en todos los estudios de IU, como complemento de las medidas clínicas, que no sólo evalúen los síntomas urinarios, sino que además, permitan determinar el impacto que la IU produce en su vida. Estos instrumentos deben ser: subjetivos, multidimensionales (físico, emocional, interpersonal), incluir pensamientos positivos y negativos, registrar la variabilidad en el tiempo.

1.6.2 TIPOS DE CUESTIONARIOS DE CALIDAD DE VIDA QUE EXISTEN

La determinación de la CV es un campo de la sanidad y de la práctica clínica que estudia los resultados de las intervenciones sanitarias. La CV se describe y se evalúa con cuestionarios relacionados con las deficiencias, discapacidades y minusvalías (generalmente como consecuencia de las enfermedades) que sufren los pacientes. Las escalas que determinan la CV también se conocen como cuestionarios de medida de estado de salud, ya que valoran los síntomas físicos y el efecto en la funcionalidad de los individuos; por lo tanto menor salud indica menor calidad de vida(207).

Existen, de manera global, dos tipos de cuestionarios aptos para la medición de CV: genéricos y específicos para una determinada enfermedad.

Hay opiniones contrapuestas acerca de la conveniencia de medir la CV con instrumentos genéricos o específicos. Cada opción tiene sus ventajas y sus inconvenientes. La IU en mujeres es uno de los campos donde se han investigado mediciones específicas sobre su repercusión en la vida de la mujer.

Wagner(208) et al. y Badia(209) et al. entre otros, han analizado de forma específica las implicaciones de la IU, tanto en la esfera física como psíquica de la mujer, debidas, sobre todo, a las limitaciones para salir de casa y relacionarse, situaciones que se dan en la mujeres con IUU o IUM. Otros estudios(210)(169) revelan que el impacto que provoca en la CV es mayor en mujeres de 65 años y con síntomas de IUE que en mujeres de 70 años, que parecen adaptarse mejor a la incapacidad. En un estudio(211) realizado en 2.613 mujeres de 30 a 59 años, encontraron que el 14,8% tenían IUE, de las cuales el 62,6% lo consideraba un problema social o higiénico y el 21,9% se abstenía de realizar actividades sociales a causa de su IU.

Los cuestionarios genéricos (*Nottingham Health Profile, UK Short Form 36 health status questionnaire, Sickness Impact Profile, Psychosocial Adjustment to Illness Population an clinical conditions*) no son específicos de una patología concreta, tratamiento o edad. Permiten comparaciones entre pacientes de distintos grupos y entre pacientes con y sin afecciones médicas. Un ejemplo de esta capacidad comparativa intergrupar resulta de los resultados de la comparación entre mujeres con IU, artritis reumatoide y sin patología. Los resultados son de un estudio en Suecia sobre 411 mujeres con IU por inestabilidad de detrusor que completaron el Short-Form Questionary 36 (SF-Q 36). Los datos obtenidos evidenciaron que las mujeres con incontinencia sufren mayor impacto en las esferas emocional y social aquellas con artritis reumatoide o normalidad clínica.

Sin embargo los cuestionarios genéricos y sus sistemas de puntuación son aplicables a una gran variedad de patologías y por lo tanto baja sensibilidad a la hora de ser empleados en estudios que traten de detectar calidad de vida en una patología concreta.

Por esta razón surgen cuestionarios específicos cuyas aplicaciones son:

- Detección y evolución de problemas psicosociales en cada paciente.
- Encuestas poblaciones de la percepción de problemas de salud.
- Ensayos clínicos.
- Estudios de coste-beneficio.

Se ha establecido que los cuestionarios específicos permiten la mejor aproximación al impacto real de la IU en el bienestar de la paciente, recomendándose su uso en valoración clínica e investigación(212).

En la práctica asistencial, dado que la IU es una disfunción que no supone una amenaza vital para la persona que la padece, es fundamental adaptar el tratamiento a las necesidades del paciente. La aplicación de cuestionarios auto-cumplimentados específicos de CV puede permitir valorar a las mujeres con síntomas urinarios, evaluando simultáneamente el tipo de síntomas y el grado de afectación de su CV y según la información obtenida decidir qué

estrategia de tratamiento más adecuada, no solo por el tipo de síntomas sino por la afectación que estos producen en la CV de estos pacientes(127).

Los cuestionarios de síntomas y calidad de vida deben ser relevantes para la práctica clínica. Con este fin, se establecieron, además de otros aspectos, estas cuatro características de un buen cuestionario de síntomas urinarios(213)(200):

- El cuestionario debe ser sencillo.
- Cada ítem del cuestionario debe tener una adecuada relación causal con la condición que pretende medir.
- La puntuación debe ayudar a tomar decisiones terapéuticas.
- El cuestionario debe demostrar una mejora en el manejo del paciente.

También se establecieron los objetivos que debe buscar un buen cuestionario de IU:

- Diferenciar entre incontinencia urinaria de esfuerzo y de urgencia.
- Cuantificar la cantidad de síntomas asociados.
- Valorar el impacto de los síntomas en el bienestar de la paciente.
- Evaluar los resultados de las diversas intervenciones terapéuticas.

Las propiedades psicométricas recomendadas a evaluar en cada cuestionario son: validez (de contenido, de constructo o de criterio), fiabilidad (consistencia interna, fiabilidad inter e intra observador y estabilidad) y respuesta al cambio.

Resultado de esta labor, la ICS elaboró un listado con los cuestionarios recomendados según su grado de recomendación:

- Altamente recomendados: su validez, fiabilidad y reproductibilidad han sido establecidas de forma rigurosa (Grado A).
- Recomendados: validez, fiabilidad y reproductibilidad señaladas pero sin rigor (Grado B).
- En estudio: cuestionarios recientemente desarrollados sin estudios que avalen sus condiciones (Grado C).

Los cuestionarios altamente recomendados por la ICS (Grado A) para utilizar con mujeres son:

Tabla 9: Cuestionarios altamente recomendados por la ICS.

Determinantes de síntomas e impacto en calidad de vida:

- *Kings Health Questionnaire (KHQ)*
- *International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form (ICIQ, ICIQ SF)*

Cuestionarios que evalúan síntomas e impacto de la vejiga hiperactiva en la CV:

- *Bristol Female Lower Urinary Tract Symptoms (BFLUTS)*
- *Urogenital Distress Inventory (UDI)*
- *Symptoms Severity Index (SSI)*
- *El Overactive Bladder. Questionnaire (OAB-q)*

Test que evalúan el impacto de la IU en la calidad de vida:

- *Incontinence Impact Questionnaire (IIQ) and IIQ-7 (ShortForm)*
- *Symptom Impact Index (SII)*
- *Stress Incontinence Questionnaire (SIQ)*
- *Quality of life in persons with urinary incontinence (IQOL)*
- *SEAPI-QMM (stress-related leak, emptying ability, anatomy, protection, inhibition, quality of life, mobility, and mental status)*
- *Psychosocial Consequences Questionnaire*

Actualmente, en la práctica clínica varios son los instrumentos disponibles con este doble propósito (descriptivo y diagnóstico). Entre ellos, *el King's Health Questionnaire (KHQ)* y el *ICIQ-SF* son probablemente los más utilizados disponiendo de versiones validadas en nuestro país(209)(214).

La importancia de estos instrumentos clínicos reside, fundamentalmente, en la capacidad de los mismos para explicar y describir el perjuicio que la IU provoca en la CV de la mujer y también en su capacidad para discernir entre los distintos tipos de IU. Esto último puede conocerse a través del ajuste diagnóstico de estas pruebas en relación a otra considerada como de referencia en el ámbito de la IU como es la prueba urodinámica.

La utilidad en la identificación y cuantificación del impacto de la IU en la CV de los pacientes, así como el valor para el diagnóstico del tipo de IU de los cuestionarios KHQ y el ICIQ-UI SF han sido resaltados en múltiples estudios(209)(215)(214)(216).

No parecen existir grandes diferencias entre los cuestionarios KHQ e ICIQ-UI SF en cuanto a los índices de sensibilidad, especificidad y valores predictivos si tomamos como referencia la evaluación urodinámica en el diagnóstico de las distintas tipologías de la IU que han sido analizadas (IUE, IUU, IUM). Los dos cuestionarios tienen un valor diagnóstico similar(217).

A pesar de esto, sí se producen diferencias importantes en la factibilidad de uso en la práctica clínica, debidas no sólo al tamaño de cada prueba (21 ítems del KHQ frente a los 11 del ICIQ-UI SF), y al tiempo de cumplimentación, sino también al porcentaje de casos que se pierden porque no dan respuesta a la totalidad del cuestionario(218).

Determinados estudios reflejan que sobre un total de 116 participantes, la insuficiente cumplimentación del cuestionario KHQ no permitió su asignación a uno de los grupos diagnósticos predeterminado basado en los síntomas en un 7,76%; esto ocurrió con el ICIQ-UI SF en el 2,59% y sólo en el 0,86% según el estudio urodinámico. Se alcanza la conclusión de que son recomendables cuestionarios sencillos.

Adicionalmente, si tenemos en cuenta estos datos, y consideramos que ambas pruebas tienen un valor diagnóstico similar, podemos pensar que en la práctica clínica es más aconsejable el uso del ICIQ-UI SF, reservando el uso del KHQ para la investigación.

1.6.3 FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CALIDAD DE VIDA

○ DIFERENCIAS EN AFECTACIÓN CV DE ACUERDO CON SÍNTOMAS DE IU

Los síntomas de incontinencia de orina mencionados son: frecuencia miccional aumentada, urgencia miccional, nicturia e incontinencia urinaria de esfuerzo (218-220) El impacto en la CV se describe como moderado a alto; este efecto se visualiza en diversas dimensiones destacando las limitaciones personales como actividad física y limitaciones del rol como realizar tareas domésticas(221). A mayor cantidad o severidad de los síntomas de incontinencia la CV es peor(222,223). Al separar por tipo de IU, observamos que la mixta que incluye incontinencia de esfuerzo así como la incontinencia de urgencia (IUU) y urgencia miccional, demuestra tener peores efectos en la CV de las mujeres (219,220,224,225). Asimismo, según el síntoma de prevalencia en la incontinencia mixta, los síntomas de IUU generan mayor impacto en la CV en comparación con los síntomas de esfuerzo(224).

○ DIFERENCIAS EN AFECTACIÓN DE CV DE ACUERDO CON FR PARA IU

En relación a diferencias étnicas, para prolapso o IU, las mujeres de raza negra tienen mayores síntomas de IUU y las de raza blanca y latinas mayores síntomas de incontinencia de esfuerzo (IUE)(222). Un estudio demostró que las mujeres negras tenían mayor fuerza muscular que las blancas lo que podría explicar la diferencia en los síntomas(226). Respecto a la raza hay estudios que muestran que en incontinencias urinarias moderadas en puntuación IIQ no en leve ni en severa, es más frecuente entre mujeres de raza negra que en las de raza blanca(227).

La obesidad se ha descrito como un factor de riesgo para desarrollar alteraciones del piso pélvico, cinco estudios concuerdan en que a mayor índice de masa corporal, existen mayores síntomas y alteración en la CV(223,225,228-230). La obesidad empeora la calidad de vida de las mujeres de raza blanca, pero no así para las de raza negra(223).

○ DIFERENCIAS EN AFECTACIÓN DE CV SEGÚN ETAPA DEL CICLO VITAL

Un estudio reportó que las mujeres con menor edad en la muestra reportaron peor calidad de vida que las mayores(223). Asimismo los grupos con menor edad reportaron estar más preocupadas por los aspectos físicos; en cambio, las mayores por los aspectos sociales(231).

En la adultez media, la CV es peor mientras más síntomas se tengan, destacando dificultad en la movilidad, dolor, reacciones emocionales negativas, y alteración en la energía. Asimismo, se ha descrito mayor afectación en el nivel de bienestar en mujeres con IUU comparadas con mujeres con IUE para este grupo etáreo(232).

En estudios realizados en residencias de larga estadía para adultos mayores, es interesante destacar que, para ellos, el tener incontinencia forma parte de su vida, sin considerarlo un factor que altere la CV(233,234). Plantean además que las mujeres refieren un "acostumbramiento" frente a estas condiciones, sin considerarlo un aspecto negativo(234). Los adultos mayores generan cambios en sus actividades diarias para tener una vida más cómoda(233).

Respecto del embarazo, se ha descrito que predominan los síntomas de IUE, sobre todo en aquellas mujeres que tuvieron incontinencia en embarazos previos. Los síntomas son más frecuentes en el tercer trimestre y el impacto en la CV es considerado como mínimo(235,236). A pesar de que la CV no se ve afectada mayormente, la imagen corporal de la embarazada es peor a medida que se aumenta de peso, no obstante, el peso por sí solo no es indicativo de peor imagen corporal incluyendo la etapa de postparto. Durante la etapa posparto se encuentra afectada la dimensión de depresión y autopercepción, además de sentirse menos atractivas para sus parejas(236).

○ DIFERENCIAS EN AFECTACIÓN DE CV SEGÚN ÁMBITO PSICOSOCIAL

Analizándose los resultados respecto de la sexualidad, actividades cotidianas y aspectos psicológicos.

Sexualidad:

En algunos grupos el impacto se ha descrito como moderado; se describen molestias en relación a la sensación de obstrucción durante la penetración, así como laxitud vaginal que genera disminución de la satisfacción sexual. Las mujeres con prolapso en etapas avanzadas (III o IV) tienen mayor probabilidad de sentirse cohibidas, menos femeninas y atractivas sexualmente que aquellas mujeres sin prolapso, además de tener dificultad en mantener algunas posiciones durante la actividad sexual(221,236,237). Asimismo mujeres con

incontinencia describen sentirse menos deseables y describen preocupación por la respuesta de sus parejas frente al prolapso (221,237).

Las mujeres con incontinencia durante la actividad sexual describen mayor impacto en la CV en la dimensión de relaciones personales, lo que se relaciona con su pareja y vida sexual. En comparación con mujeres con otros síntomas urinarios pero sin incontinencia coital (220,221,238), aquéllas describen su afectación como moderada o grave(236). Las mujeres con pérdidas de orina durante el coito tienen con mayor frecuencia síntomas de IUE(220). No obstante aquellas con IU pierden orina más frecuentemente que las mujeres con vejiga hiperactiva y manifiestan mayor dolor (239).

Actividades cotidianas:

El prolapso y la incontinencia han demostrado generar un impacto negativo en el trabajo(231,238), así como en las actividades cotidianas en el hogar(228,231). Respecto de las actividades sociales y físicas, las mujeres describen dificultad para hacer actividad física y esto genera preocupación por aumentar de peso y sentirse incompetentes, así como preocupaciones por salir de vacaciones o reunirse con amigos(231,238)(240). Además, las mujeres con prolapso describen una peor imagen corporal que se relaciona de manera moderada con peor CV en aspectos físicos y mentales(240).

En relación a las alteraciones en las actividades diarias, las adultas mayores describen restricción en la ingesta de líquidos, así como buscar proximidad y disponibilidad de baños, lo que perjudica las actividades fuera de la casa(234,241). En cuanto a la ropa que usan, describen calzones firmes, toallas o pañales y ropa oscura(233,234), al ser la incontinencia vista como algo natural, estos cambios no generan un impacto negativo(234).

Aspectos psicológicos:

La incontinencia urinaria produce una afección en la esfera emocional del individuo. Estudios que relacionan IU con depresión mayor indican que entre las mujeres con IU existe tres veces más prevalencia de depresión mayor y relacionan además la depresión con relación a la severidad de IU. Así entre las mujeres con IU severa hay más riesgo de IU(242)(188).

Otros aspectos descritos, son problemas en la relación de pareja no orientada a actividad sexual(243) y en las relaciones sociales, por la preocupación que genera la pérdida de orina(241). Así, las pacientes con vejiga hiperactiva tienen más limitaciones sociales y emocionales que las mujeres sanas o con diabetes *mellitus*(240) y las mujeres con IU tienen conductas más evitativas(221,231).

También se describen alteraciones en el sueño relacionado a la incontinencia, ya sea por levantarse muchas veces o por incomodidad por tener un pañal o sentirse mojadas, además de tener sensación de cansancio hacia el final del día(231,233).

Junto a los efectos psicosociales descritos, estudios señalan que la relación con los profesionales de salud podría ser un elemento que contribuya a los efectos negativos antes mencionados. Las mujeres refieren sentirse inseguras con la atención otorgada por el equipo de salud, describiendo ausencia de diálogo, falta de confianza, y falta de educación(241). Así también se describe que los médicos no evalúan la incontinencia en las adultas mayores(233) y en este mismo sentido, las consultas a profesionales del área se realizan tardíamente(233,234).

○ DIFERENCIAS EN AFECTACIÓN DE CV SEGÚN ÁMBITO PSICO-CULTURAL

La valoración de la CV relacionada con la salud ya fue tratada en el Comité Científico Internacional de París en 2002 que estableció que entre las pruebas diagnósticas recomendables para cualquier patología debía *figurar “la valoración de la calidad de vida y síntomas adicionales”* y en especial *“la valoración del impacto de IU en la sexualidad y de los aspectos social y cultural que rodean a estos pacientes”* (244).

Así pues conviene considerar que hasta el 50% de las mujeres con problemas de incontinencia no consultan con los profesionales sanitarios, incluso vivenciando su incontinencia con gran afectación. Los motivos de no demanda de atención son múltiples. Algunas pacientes consideran que tienen que aceptar su situación, viviéndola con resignación y de hecho asumen que deben aprender a vivir con la incontinencia. Otras muchas consideran que es un problema sin tratamiento. Algunas sienten gran vergüenza al hablar del tema y otras creen que no existe un conocimiento suficiente sobre la incontinencia entre los profesionales sanitarios(244).

Debemos además subrayar que es el propio profesional el que en muchas ocasiones muestra una falta de sensibilidad o minimización de la importancia del problema llegando a no ofrecer una atención adecuada. Por ello, con el objetivo de conocer cuál es la atención adecuada que deben recibir estas pacientes, parece clave revisar cuales son las preocupaciones, angustias y dificultades que encuentran las mujeres incontinentes y como cada una de ellas percibe, siente y vive el problema como una parte de su vida.

Es por esto que con el propósito de valorar todos estos temas, Higa y cols.(245) realizaron una revisión sistemática de la bibliografía occidental (sobre todo de Europa y Estados Unidos) hasta el año 2008 sobre el significado de IU en la mujer. Este trabajo analizó un total de 19 estudios cualitativos cuya información se categorizó teniendo en cuenta las experiencias relatadas y la relevancia temática, por lo que se consideró la repetición del tema abordado, la experiencia clínica y el conocimiento teórico de los profesionales investigadores. Finalmente los trabajos fueron agrupados en tres categorías: experiencias según grupos de edad, experiencias culturales-religiosas y experiencias relacionadas con el autocuidado.

Respecto a las experiencias según grupos de edad:

Tradicionalmente han sido investigadas de manera más amplia en relación a la IU las mujeres de edad adulta más que las jóvenes. Esto puede deberse probablemente al aumento de la prevalencia de la IU posterior a la menopausia; a pesar de todo, no debemos olvidar que las alteraciones psico-sociales existen en todos los rangos de edad y que, además, estas pueden ser variables según el tipo de incontinencia.

El estigma de no poder controlar la incontinencia urinaria durante la vida social es un hecho que afecta tanto a mujeres como adultas, existiendo hoy en día en día la suficiente evidencia en relación a su influencia psicológica a nivel familiar, personal y de ocio. Muchas mujeres muestran un miedo intenso a perder su trabajo o que sean relegadas de su puesto, ya que presentan más restricciones y limitaciones a la hora de realizar cierto tipo de tareas que pueden demandar esfuerzos físicos, y necesitan realizar constantes interrupciones de la jornada laboral para poder ir al baño a miccionar con frecuencia.

Para mujeres jóvenes y de mediana edad (inferior a los 50 años) el problema se percibe como la pérdida de salud y de control del propio cuerpo. A estas edades la mujer tiende a tener más problemas a la hora de afrontar el fenómeno, consideran su incontinencia como un tabú, o algo inaceptable y tiene miedo al rechazo social si alguien lo supiese. El hecho de encontrarse ante una “vejez prematura” les hace sentirse avergonzadas y bajas de autoestima por miedo a una pérdida de orina durante una relación sexual, llegando a sentirse culpables por no sentir deseo o placer, no considerándose atractivos sexualmente y teniendo que llegar a planificar las relaciones con sus compañeros. Las mujeres jóvenes centran su miedo en las relaciones sociales y se sienten temerosas de que un escape se produzca en público, principalmente en reuniones sociales con amigos o familiares o durante la práctica de una actividad deportiva. Otras mujeres jóvenes, por su parte, prefieren tomar los síntomas urinarios con indiferencia otorgándoles una falsa normalidad y adoptando una postura de negación ante la incontinencia que en nada ayuda a resolver el problema.

Las mujeres mayores de 60 años tienden a tener una visión de la incontinencia diferente, ellas la consideran como un hecho “negociado” que llega inevitablemente como resultado de sus experiencias vitales, el envejecimiento, el número de partos, etc. Estas mujeres describen la incontinencia como un proceso degenerativo y una condición inevitable de eliminar de esa etapa de madurez de su vida.

Estos significados descritos anteriormente tienden a acentuarse en la vejez y las mujeres ancianas llegan a considerar la IU como un proceso natural propio de la edad. En numerosos estudios se ha confirmado que las pérdidas de orina constituyen una amenaza para la autoestima de estas personas, y que dicha amenaza sirve como sistema de incremento del autocuidado, pero aun así las mujeres tienden a resignarse y a intentar llevar una “vida

normal” dentro de lo posible, centrando sus esfuerzos en esconder las pérdidas más que en solucionarlas.

Podemos observar cómo el cuerpo está muy asociado a sentimientos, justificaciones y prácticas que son parte de las relaciones interpersonales y que alteran los aspectos emocionales de las mujeres con incontinencia.

Experiencias culturales religiosas:

La revisión realizada por Higa R. y cols. parece que muestra una homogeneidad generalizada en el significado psicológico que dan las mujeres a la IU, aunque éstas pueden ser de diferentes culturas, etnias y condiciones sociales.

Las mujeres orientales y occidentales (sobre todo norteamericanas y europeas) mostraron tener unas características comunes a la hora de valorar los significados culturales frente a este problema. En ambos casos los testimonios de las mujeres confluían en que la IU supone una pérdida de control del propio cuerpo, el crecimiento de la inseguridad en ellas mismas y la presencia de desesperación e impotencia cuando no eran capaces de controlar los escapes, llegando incluso a situaciones de desamparo y angustia.

En un subgrupo analizado, en el que había mujeres islámicas y judías, la pérdida de orina se convirtió en un problema a la hora de llevar a cabo sus ritos religiosos y la necesidad de limpieza para poder practicar la oración. Para las mujeres musulmanas, el hecho de tener IU, significaba que se debía quedar aislada, reservada y carente de autoestima; disminuir la angustia solo puede conseguirse con la oración, aunque muchas veces no llega a obtenerse al no sentirse completamente limpias, hecho que incrementa su estrés. La pérdida de orina para estas mujeres adquiere un significado sucio y pecaminoso, se sienten físicamente sucias cuando experimentan la salida de orina, por lo que tienden a usar de manera frecuente el ritual del aseo para sentirse mejor.

En otro grupo de mujeres chinas analizado, se observaron sentimientos de culpa, soledad y asilamiento emocional. Estas mujeres sentían perder el control de su propio cuerpo cada vez que experimentaban salidas involuntarias de orina, y si la situación tenía lugar en público o en presencia de amigos, predominaban los sentimientos de vergüenza y humillación antes que el miedo.

Experiencias relacionadas con el autocuidado:

La vergüenza y la fragilidad asociados al desconocimiento y al no poder comprender la incontinencia como una patología, así como las propias vivencias personales, generan infinidad de formas de autocuidado que terminan por rechazar la ayuda del profesional de salud.

Si analizamos las experiencias relacionadas con el autocuidado es fácil darse cuenta de que muchas mujeres no valoran la sintomatología que sufren cuando el grado de incontinencia

que padecen es leve. Es un hecho muy frecuente el que se sientan avergonzadas de hablar acerca del tema con el personal sanitario, y mucho menos llegan a comentarlo con sus familiares o amigos, sufriendolo en silencio. En repetidas ocasiones prefieren esperar a que la enfermedad avance con la esperanza de que pueda solucionarse por sí misma, pero en lugar de eso, lo que consiguen es que la disfunción llegue hasta el punto de hacer mella en el cuerpo.

Para las mujeres más jóvenes la incontinencia afecta sobre todo a sus actividades diarias. La gran mayoría prefiere ocultarlo y buscar mediante diferentes formas la manera de ocultarlo y recobrar el control perdido sobre su cuerpo. Otras, en cambio, muestran apatía y rechazan actividades encaminadas a paliar sus síntomas ya que consideran las pérdidas como un problema insignificante.

Muchas mujeres sobre todo las de edad avanzada, pasan por alto comentar este tipo de problemas con los profesionales de la salud porque creen equivocadamente que no es un problema relevante o que no tiene solución. Entre aquellas mujeres que consideran que la IU es un problema reversible y secuela de envejecimiento parece haber una mayor aceptación de los síntomas, a pesar de la existencia de costes sociales, psicológicos y algunas veces físicos.

Existen casos especiales, como el de las mujeres musulmanas inmigrante que viven en países Europeos, para las que la barrera idiomática impide que puedan expresarse correctamente a los profesionales de la salud, así como llegar a comprender los cuidados que es necesario llevar a cabo. El poco interés de estas mujeres en la búsqueda de ayuda muy probablemente esté relacionado con la falta de conocimientos de su anatomía, fisiología y tratamientos disponibles. En este tipo de pacientes las limitaciones pueden ser menores si son tratadas por profesionales de la salud femeninos, ellas se sienten más cómodas al compartir su problema con otras mujeres y se vuelven más eficientes a la hora de elaborar estrategias para reducir los escapes y controlar los episodios.

Es muy importante saber que las personas que buscan ayuda del profesional de salud requieren una educación sanitaria más intensa acerca de las causas, tratamientos y mecanismos para afrontar el problema. De hecho, las mujeres que solicitan mayor interacción con su profesional de referencia, mostraron ser más conocedoras de su patología y tener mejores recursos a la hora de afrontar el problema.

En muchas ocasiones la posición que adoptan algunos profesionales de la salud puede suponer un obstáculo para que las mujeres expresen sus preocupaciones abiertamente, situación que puede ser agravada si no se entienden las identidades culturales y religiosas de la población atendida. La comunicación entre ambas partes ha de ser una prioridad a la hora de realizar una correcta valoración; de modo que, mediante la creación de los vínculos adecuados, puede educarse en salud de una manera eficaz, facilitando la comprensión y el

seguimiento del tratamiento. Los profesionales sanitarios deben preguntar sistemáticamente por los síntomas urinarios de las mujeres en su consulta. De este modo las mujeres indicarán y buscarán mayor ayuda.

En resumen, puede decirse que tanto las barreras personales como las profesionales suponen un hándicap a la hora de buscar ayuda para las mujeres con IU, provocando que muchas pacientes terminan por improvisar medidas para adaptarse a un problema que resultan poco adecuadas o ineficaces, y terminen por empeorar su situación en relación al problema. La revisión realizada por Higa y cols. muestra que el grado de angustia vivido y la magnitud de las dificultades no solo pueden relacionarse con la edad, las creencias religiosas o la cultura, sino también cómo cada persona reacciona ante el problema, cómo lo percibe y los significados que le da dentro de su vida.

1.7 ATENCIÓN PRIMARIA E INCONTINENCIA URINARIA

La IU es una de las patologías médicas más comunes en los pacientes que acuden habitualmente a la Atención Primaria, aunque no siempre el paciente lo comenta, ni los profesionales sanitarios lo preguntan(246). La IU es un síndrome que a menudo pasa desapercibido en las consultas de atención primaria; debido principalmente a causa de la baja demanda de consulta que presenta(28) unas veces debido al pudor que puede representar hablar del problema siendo considerado como vergonzante, otras al interpretarlo el paciente como un hecho de la involución natural de la persona y sin tratamiento eficaz que deteriora significativamente la calidad de vida de los pacientes, limita su autonomía y reduce su autoestima.

A pesar de ello, es una patología poco abordada desde la Atención Primaria. Se interroga poco sobre ella, en general no se llega a un diagnóstico etiológico y, en cambio, se ofrecen medidas paliativas con una importante repercusión en la calidad de vida del paciente y en su entorno. Incluso, puede llegar a ser una causa de institucionalización de la persona mayor.

1.7.1 ESTUDIOS DE PREVALENCIA, CALIDAD DE VIDA, INFRADIAGNÓSTICO Y MEDIDAS TOMADAS

Diversos estudios se han realizado en AP sobre prevalencia de IU y CV en los últimos años. Según un estudio realizado en un centro de salud de Lugo(247), la prevalencia global de IU detectada a nivel de un centro de salud de AP se estima en 39,8% con una distribución según los distintos tipos de IU de: mixta (40,4%), esfuerzo (38,3%) y de urgencia (21,3%). Más de la mitad de mujeres incontinentes (56,4%) no consideran la incontinencia como un problema de salud y no habían consultado nunca. El impacto en CV afectaba en el 51,7% de mujeres incontinentes y estaba significativamente disminuida ($p < 0.0001$) en los casos de IUU (63,3%) y en los casos de IUM (74,4%). En este estudio se concluía que las mujeres con IUM tienen

una afectación de su CV en más de un 75% de las mujeres afectas, relación invertida con la que presentan incontinencia de esfuerzo en las que el 75% de las cuales dice no sentirse afectadas.

Otro estudio publicado en Orense en 2004 en mujeres (18-65 años)(162) determina una prevalencia de IU del 20% con una tasa de no consulta del problema del 56,8% y una puntuación media de impacto de calidad de vida según cuestionario IIQ de 12,7 puntos (rango de 0-90 puntos). Concluyendo que se trata de un problema con alta prevalencia, baja tasa de consulta en probable relación con la afectación leve de la CV en la mayoría de las pacientes.

En el año 2003 se publicó un estudio realizado en la Comunidad de Madrid en AP (área 6 de Madrid) en mujeres de edad laboral (40-65 años)(161) hallándose una prevalencia de IU de 15,4% (2,6% de esfuerzo, 10,6% de urgencia y 2,1% mixta). La mayor prevalencia detectada de mujeres con IUU se correspondía con otros datos presentes en la bibliografía(248). El porcentaje de consulta es de tan sólo el 14%. El estudio analiza la relación de IU con determinados factores de riesgo, estableciéndose una asociación estadísticamente significativa en función del número de partos e Índice de Masa Corporal (IMC) > 26. Asimismo investigan sobre las medidas adoptadas para paliar el problema, evidenciando que el 90% no hace nada y del porcentaje restante, las medidas más frecuentemente adoptadas son el uso de pañales (1,3%), compresas (36%) y disminuir ingesta de líquidos(12%) siendo el tratamiento farmacológico y ejercicios de fortalecimiento de suelo pélvico las medidas menos empleadas (menos del 1% de mujeres consultadas).

En mujeres en edad laboral, otro estudio realizado en esta ocasión en el ámbito hospitalario, estima una prevalencia del 33,2% (15,4% esfuerzo, 39% esfuerzo y 45,6% mixta). De los posibles factores de riesgo encontraba una relación estadísticamente significativa con la edad, menopausia, embarazo, partos vaginales e infecciones de repetición. En cuanto a la calidad de vida un 74,1% consideró que la IU no repercutía en su CV, un 23,55% la vio afectada de manera moderada y el 2,5% de manera importante.

Un reciente estudio en Leganés (171) en población de más de 65 años que viven en sus domicilios revelan una prevalencia del 30% en mujeres, resultados intermedios y algo superiores a los de un reciente estudio realizado en Véneto (Italia)(135) con prevalencia del 22% en mujeres. El estudio de Leganés pretende además identificar las asociaciones con el estado de salud que puedan ser claves para su prevención y manejo clínico en AP. De este modo, concluyen que los factores asociados a la IU son la comorbilidad y el déficit cognitivo. En las mujeres se añaden el índice de masa corporal y limitaciones graves de la movilidad. El 20% de mujeres y el 5% de varones mayores de 65 años usan absorbentes.

Otros 3 estudios con metodología similar a éste realizados en la población española concluyen las siguientes prevalencias: el primero realizado en 2 áreas sanitarias de

Madrid(168) con prevalencias del 43% en mujeres mayores de 60 años, el segundo realizado en Cabra (Córdoba)(169) con prevalencias similares (42% en mujeres mayores de 65 años) y el tercero realizado en Madrid(167), con una prevalencia del 15,5% también en mayores de 65 años.

Cabe destacar al estudio de Cabra (Córdoba)(169), como el primer estudio español diseñado específicamente para estudiar la historia natural de la IU en el anciano siendo sus hallazgos más relevantes la alta prevalencia, la moderada incidencia y la baja tasa de remisión.

A pesar de su elevada prevalencia, la IU hasta ahora no se la ha considerado una enfermedad en sí misma, lo que ha dificultado su conocimiento, su inclusión en programas de docencia universitaria y por tanto, su identificación y adecuado tratamiento desde el punto de vista asistencial.

Otro aspecto que preocupa a los profesionales de la salud es la baja tasa de consulta que presentan las mujeres con IU. Un estudio sobre el comportamiento de búsqueda de ayuda en mujeres con IU publicado en el año 2005 y realizado en Francia, Alemania, Reino Unido y España, concluyó que la tasa de consulta era solo del 31%, siendo el porcentaje significativamente superior en Alemania y Francia en relación a Reino Unido y España. Se vio también que en las mujeres con IUM la tasa de consulta aumentaba con la edad y con la duración y la frecuencia de IU y que las que presentaban IUE consultaban menos que las de IU de urgencia o mixta. Las mujeres con IUE consideraban que los síntomas son menos graves o molestos y que los podían autogestionar mejor(249).

En dos estudios realizados en Suecia año 2007 se constató que la gravedad percibida por las mujeres con IU no siempre es proporcional a la frecuencia o cantidad de pérdida de orina que presentan. Su gravedad percibida depende muchas veces de la imposibilidad de manejo personal y de las molestias sociales que conlleva. No consultan al profesional sanitario por considerarlo algo natural en la mujer, por vergüenza, porque no les ofrecen soluciones satisfactorias y/o porque tienden a minimizar el problema. Las mujeres con IU, sin embargo, se sienten vulnerables e impotentes porque viven en un cuerpo sin control y ven peligrar su autonomía. Quieren controlar su situación respecto la IU para recuperar el poder y ser capaces de vivir con normalidad(250)(251)(252).

Aunque en menor cuantía respecto a la investigación cuantitativa, el estudio del problema de la IU en la mujer también se ha abordado desde el punto de vista cualitativo. Así encontramos diversas investigaciones que, a través de un enfoque científico muestran la IU como un problema de salud oculto y analizan sobre todo posibles causas de la baja tasa de consulta. En 2008 se publicó un estudio realizado en Washington (EEUU) que analizaba las razones por las cuales las mujeres con IU tienen bajos índices de búsqueda de atención y tratamiento, destacando que las creencias sobre las pérdidas de orina influyen en esta decisión.

Muchas de las mujeres del estudio creían que la causa de IU está vinculada con el hecho de ser mujer, relacionándolo con los partos y con el proceso implícito del envejecimiento(253).

En Suecia y también en el año 2008, un estudio realizado en mujeres mayores con IU indicaba que estas consideraban las pérdidas de orina como un problema manejable con el que han aprendido a vivir, y que otros problemas de salud, que suponen más importantes eclipsan sus fugas de orina. Sufren con resignación este problema y no buscan ayuda por considerarlo una situación a aceptar y adaptarse a ella(254).

En el año 2009 se publicó un estudio realizado en el Medway Maritime Hospital de Gillingham, Kent (Reino Unido), en el que también se llegó a la conclusión de que la prevalencia de IU en la mujer está infravalorada por ser un tema tabú y por incorporarse culturalmente como aspecto relacionado con la representación social de la mujer y con el envejecimiento(255).

Tal y como ya hemos tratado en la presente revisión, Higa R., de la Universidad de Campinas en Brasil, indagó en el año 2008 sobre los significados psicoculturales de las mujeres con IU(245). Analizó 19 estudios cualitativos de distintos países que trataban sobre los significados que otorgaban a la IU las mujeres que la padecían. Las conclusiones de dichos estudios muestran que el grado de angustia vivido y la magnitud de las dificultades presentadas por esas mujeres no sólo están relacionadas con la edad, la etnia, la religión, sino también con las reacciones de cada persona y de cómo cada individuo percibe su incontinencia, pues los significados que se dan a este problema son parte de la estructura de la vida de cada mujer. Dichas reacciones pueden destruir la confianza y el respeto que el individuo tiene de sí mismo, disminuyendo su autoestima e impidiendo que busquen ayuda.

Dos estudios cualitativos, uno realizado en Irlanda en el año 1998(256,257) y otro en Reino Unido en el 2004(257) concluyeron que las actitudes y prácticas de algunos profesionales de la salud son grandes obstáculos para que las mujeres busquen consejo o ayuda para el problema de IU. En la anamnesis ni preguntan sobre síntomas urinarios, ni se esfuerzan en conocer lo que cada persona siente sobre su IU ya que obvian este problema.

En los años 2006 y 2007 y en países tan diferentes como Estados Unidos, China y Brasil, se realizaron estudios que confirmaban que existe una dificultad en la comunicación de la IU al personal sanitario, que el significado que dan las mujeres a la IU es peyorativo y que ello genera la necesidad de buscar alternativas personales para poder adaptarse a este problema (muchas veces poco adecuadas e ineficaces). La fragilidad y la timidez asociadas al desconocimiento, y al hecho de no poder comprender la incontinencia como una enfermedad, así como la vivencia frente a los diversos significados contruidos por cada persona y los que la sociedad otorga a la IU las obliga a auto-cuidarse y a rechazar la ayuda de un profesional de la salud(258,259). Frecuentemente las mujeres no valoran los síntomas cuando la incomodidad causada por la IU es poca, y también la sufren generalmente en

silencio (les avergüenza verbalizar su problema a un profesional y tampoco lo mencionan en su familia)(260).

En España estudios cualitativos sobre IU en la mujer son escasos. Tenemos el publicado en 2003(261) sobre el proceso de búsqueda de ayuda en la incontinencia urinaria en la mujer. Su objetivo fue conocer la valoración y estrategias de manejo de las mujeres adultas de la provincia de Toledo de su IU. La principal conclusión a la que se llegó fue que la prevalencia de IU en la mujer estaba infravalorada y que las mujeres referían falta de soluciones eficientes. Hasta un 50% de los pacientes no consultan al médico a pesar de experimentar la incontinencia como un problema. Las razones por las que no buscan atención médica son variadas. Unos pueden aceptar su situación y aprender a vivir con su sufrimiento formando parte de su vida cotidiana, pero otra gran parte de estos pacientes creen que es un problema sin tratamiento o que existe un conocimiento poco preciso del mismo por parte del personal médico(262).

1.7.2 PAPEL DEL MÉDICO DE AP

○ DETECCIÓN DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

Se trata de un problema de alta prevalencia, que las mujeres en la mayoría de los casos aceptan como “algo que hay que sufrir” y que consultan “tarde y poco”. Aunque constituye un problema clínico importante tanto por su prevalencia como por sus connotaciones psicosociales y económicas, en realidad es un problema mal conocido y poco abordado desde la AP.

Por su frecuencia, su repercusión en CV, su desamparo por parte de otros profesionales y por las armas terapéuticas disponibles en la actualidad desde AP, la incontinencia debería considerarse una patología princeps en la especialidad del médico de familia.

Los estudios epidemiológicos citados previamente, muestran que sólo una pequeña proporción de las personas con IU buscan ayuda médica para este problema. Las mujeres no suelen consultar directamente por incontinencia, intentan mantener su problema oculto el mayor tiempo posible, tendiendo a soportarlo sin asistencia médica, ya sea por vergüenza o porque suponen que es una consecuencia inherente al envejecimiento y por tanto, sin solución.

Y en este contexto de ocultar la enfermedad es con el médico de familia, y gracias a la relación de mayor confianza establecida, a quien tiene más posibilidad de que éstos le comuniquen sus problemas (el 50% de los pacientes con IU, se lo comunican primero a su médico de familia, antes incluso que a su pareja).

Por ello tienen un papel fundamental en la detección de la incontinencia, con la consecuente mejoría en la captación, diagnóstico y manejo inicial de esta afectación sobre todo en el nivel más amplio de la asistencia: la AP(263).

Es frecuente que los médicos no pregunten y que los pacientes no hablen de ello. Pocos estudios hasta la fecha se han publicado en nuestro país que aporten información sobre el grado de conocimiento y comunicación de la IU en ancianos en nuestro país(167).

En un estudio más reciente realizado al respecto(264), solo el 30% de los ancianos consultó el problema, tan sólo en un 10% de los casos los médicos habían investigado su existencia y en uno de cada cinco no se adoptó ninguna medida ni diagnóstica ni terapéutica. Sería necesario vencer esta inercia clínica y favorecer que desde las consultas de atención primaria, los profesionales de la salud, tomaran una actitud proactiva(249), para el diagnóstico y el tratamiento precoz de esta patología.

El papel de los médicos de familia en el manejo inicial de los pacientes con IU ha sido estudiado en mujeres a nivel europeo(265) y la mayoría opta por contar su problema al médico de familia. Las consultas de atención primaria por el contacto continuado con los pacientes son el lugar ideal para la detección y el manejo de esta patología. En este sentido, se debe formar a los médicos de familia en conocimientos, habilidades y actitudes que modifiquen la práctica clínica y favorezcan que la incontinencia urinaria oculta sea visible para minimizar su impacto en la población que la sufre.

Sería factible desde este nivel asistencial aumentar la captación de pacientes incluyendo de forma estandarizada una pregunta sobre IU en la anamnesis especialmente en el programa de atención a la mujer. Resulta imprescindible la implicación de todos los sanitarios en la captación de pacientes y en la previsión mediante consejo y educación en los ejercicios musculares del suelo pélvico en el postparto, intervenciones que han demostrado su eficacia en ensayos clínicos aleatorizados(266).

Recientemente se ha elaborado un documento consensuado entre las sociedades científicas de atención primaria (Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMergen), Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG), Sociedad Española de Médicos Generales y de Atención Primaria (SEMFYC) y la Asociación Española de Urología (AEU))(199), en el que precisamente lo que tratan es de sensibilizar al médico de atención primaria y ayudarlo en su evaluación diagnóstica, tratamiento y derivación a especialista. Entre otros destacan como primer objetivo que es desde la atención primaria desde donde debe realizarse la detección de IU y frente a ello recomiendan realizar un cribado oportunista en las mujeres asintomáticas mayores de 40 años.

De igual forma sería necesario establecer, en colaboración con atención especializada, protocolos o guías de práctica clínica que garanticen un adecuado abordaje de esta afectación relevante por su prevalencia e impacto en la CV de quienes la padecen.

○ EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

Siguiendo las directrices de las últimas guías de uso en atención primaria(199) procedemos a exponer el abordaje en la evaluación del diagnóstico y tratamiento de la IU desde atención primaria. Así basada en anamnesis y exploración física a través de la cual el médico de atención primaria deberá determinar el tipo y gravedad de la IU y la gravedad de IU con el objetivo de derivar al especialista en los casos de IU complicada.

Identificación de causas transitorias de incontinencia urinaria:

Existen pérdidas involuntarias de orina que obedecen a problemas estructurales o funcionales transitorios en las vías urinarias bajas o a la presencia de enfermedades, trastornos o situaciones clínicas potencialmente reversibles y tratables.

Estas causas generalmente originan IU de corta evolución y son relativamente fáciles de identificar en la evaluación inicial mediante una anamnesis y exploración física básicas(267). El tratamiento de los factores precipitantes puede resolver estos casos de IU(267). El diagnóstico correcto de cualquier paciente con síntomas de IU se puede realizar utilizando métodos básicos, disponibles en todos los centros asistenciales de AP, entre los que se encuentran la anamnesis y la exploración física(26,127,267).

El diagnóstico clínico de la IU persistente tiene como objetivos, además de la identificación de la incontinencia, establecer la gravedad de los síntomas y su repercusión sobre la calidad de vida, clasificar el tipo de IU y detectar los casos de IU complicada(127,267). Se debe realizar una anamnesis general y urológica dirigida a conocer las características específicas de la IU, el mecanismo etiopatogénico responsable de la incontinencia, y valorar su intensidad y repercusión sobre el paciente(26,127,267).

El diario miccional es de gran utilidad para investigar las características e intensidad de la incontinencia, evaluar la coexistencia de disfunción de vaciado y de llenado, almacenamiento y evacuación, y cuantificar las variables urodinámicas(268)(269)(270).

Además, se recomiendan los cuestionarios estructurados y validados en la valoración de los síntomas, incluyendo su gravedad(269)(268) y la calidad de vida (*King's Health Questionnaire* (KHQ) o *International Consultation Incontinence Questionnaire* (ICIQ-SF)) (214).

Exploración física:

Se recomienda realizar una exploración general y abdomino-pélvica (26,127,267,268,271). El examen físico incluirá la exploración abdominal y genital, se valorará la presencia de prolapsos, el tono del suelo pélvico relajado y en situación de contracción. Según el contexto se realizarán tacto rectal o exploración neurológica de la raíz sacra (sensibilidad perianal, tono del esfínter anal y reflejo bulbocavernoso)(272,273).

La observación de pérdida de orina durante la maniobra de valsalva o el esfuerzo de toser, tanto en posición de litotomía como en bipedestación, permite confirmar la incontinencia urinaria de esfuerzo, aunque su ausencia no la descarta.

Pruebas diagnósticas complementarias básicas:

La medición del volumen postmiccional residual se recomienda en pacientes con IU con sospecha de disfunción miccional, obstrucción o complicaciones, en los que experimentan infecciones recurrentes del tracto urinario o un empeoramiento clínico durante el seguimiento. La sensibilidad y especificidad de la ecografía es superior al resto de métodos utilizados y menos iatrogénicos que el sondaje(269). Esta posibilidad no está disponible en todos los niveles asistenciales en AP por lo que debe potenciarse su utilización o la posibilidad de realizarla en un servicio radiológico, en los casos en los que esté indicado medir el residuo.

El uroanálisis (269) (71,268,271,274) se realizará mediante una tira reactiva de orina en la consulta y su objetivo será descartar principalmente la presencia de infecciones del tracto urinario. Se realizará un estudio analítico básico que incluya la glucemia basal y la función renal e iones (sodio, potasio y calcio) para descartar comorbilidad subyacente (269)(127,267,268).

Criterios de derivación:

La evaluación inicial debe ir dirigida a identificar y excluir a los pacientes con una incontinencia complicada, que han de ser derivados para recibir una atención especializada. Se deberán derivar al servicio de urología(26,271).

ANTES DEL TRATAMIENTO

Los pacientes con síntomas graves.

Los pacientes con gran limitación de la calidad de vida.

Los pacientes con IU recurrente (tras cirugía previa, fallida) o incontinencia total.

Los pacientes con IU asociada a: dolor vesical/uretral persistente, hematuria (macroscópica o microscópica persistente no justificada), masa pélvica aunque sea clínicamente benigna, vejiga palpable después de la micción, retención aguda de orina o sospecha de incontinencia por rebosamiento, incontinencia fecal, sospecha de fístula urogenital o intestinal, tenesmo vesical, polaquiuria, dificultad de vaciado o residuo vesical postmiccional anormal (> 200 ml), enfermedad neurológica con posible afectación medular y antecedentes de irradiación pélvica o cirugía pélvica radical.

Mujeres con prolapso de órganos pélvicos sintomático y visible por debajo del introito vaginal.

Pacientes con incontinencia después de una prostatectomía.

Pacientes con síntomas de IU que no pueden clasificarse, de diagnóstico incierto o dificultad para establecer tratamiento.

DURANTE EL SEGUIMIENTO:

Pacientes con incremento de síntomas o aparición de nuevos.

Pacientes con ausencia de respuesta al tratamiento conservador (3 meses).

○ **TRATAMIENTO INICIAL DE LA INCONTINENCIA URINARIA**

Una vez confirmado el diagnóstico clínico de IU no complicada no son necesarias más pruebas diagnósticas para iniciar un tratamiento conservador. La mayoría de los pacientes con síntomas leves o moderados son susceptibles de tratamiento en AP.

El tratamiento conservador debe ser la primera opción terapéutica en la IU no complicada por su seguridad y eficacia (268,275,276). El tratamiento conservador es multifactorial y debe realizarse de una forma escalonada. Tras la evaluación inicial, la IU en mujeres puede estratificarse en 3 grupos sintomáticos principales para recibir tratamiento inicial: síntomas de VH (tenesmo vesical, polaquiuria y nicturia), IUE e IUM(275) e IUU(275)(276)(269).

Dado que el objetivo fundamental del tratamiento de la IU ha de ser el de mejorar la CV de la paciente, es importante conocer sus preferencias, el tipo de vida que lleva y sus circunstancias personales para ofrecer una posibilidad adecuada y personal ante su problema. En mujeres mayores con enfermedades asociadas o con estado general deficiente se ha de evaluar el grado de deterioro de su CV por su IU y el riesgo de un posible tratamiento. La mejora de la CV en la mujer mayor puede producirse solo con una disminución en la gravedad de los síntomas ya que muchas veces la continencia total es imposible. Las opciones de tratamiento aplicables en el ámbito de la AP son de carácter conservador.

Según el tipo de IU diagnosticada la mujer podrá optar entre diferentes opciones. En todos ellos es adecuado realizar una serie de recomendaciones generales que consisten en medidas higiénico-dietéticas (evitar consumo de excitantes, alcohol, estreñimiento, limitar ingesta de líquidos, mantener actividad física regular), reducción o cambio de fármacos implicados en aparición de IU, medidas paliativas para minimizar la repercusión del problema como primer paso, hasta la modificación del resto de hábitos o como último escalón cuando no se ha conseguido disminuir mediante el resto de opciones.

Tratamiento de las causas transitorias: cada causa tendrá su tratamiento específico (necesidad de pérdida de peso, rehabilitación física, alteraciones metabólicas, suspensión de fármacos).

Tratamiento farmacológico empírico (fundamentalmente anticolinérgicos) y técnicas modificadoras de conducta: destinadas a reestablecer el patrón normal de vaciamiento

vesical y que consiguen una mejoría significativa e incluso recuperación de la continencia, en AP los más aconsejables son ejercicios de suelo pélvico, el reentrenamiento vesical (ambas dependientes del paciente) y las micciones programadas (dependientes del cuidador).

Técnicas de modificación de conducta:

Dirigidas a restablecer el patrón normal de vaciamiento vesical. Estas técnicas se dividen en dos grupos, dependiendo de la posibilidad de ser efectuadas por el propio paciente o por el cuidador y resultan altamente eficaces en el manejo de la incontinencia urinaria, consiguiéndose una mejoría significativa, e incluso la recuperación de la continencia urinaria. En Atención Primaria, las más aconsejables son los ejercicios del suelo pélvico, el reentrenamiento vesical (ambas dependientes del paciente) y las micciones programadas (dependientes del cuidador).

- *Ejercicios del suelo pélvico (Kegel):* dirigidos a aumentar la resistencia del suelo pélvico, por lo que serán muy útiles en la incontinencia de estrés o esfuerzo. Consisten en la realización de contracciones repetidas de los músculos del suelo pélvico (unas 25-30 cada sesión), debiendo efectuar unas tres o cuatro sesiones diarias. Para facilitar su comprensión y cumplimiento, se dispone de unos juegos de conos vaginales, del mismo tamaño pero distinto peso, que facilita la realización de los ejercicios del suelo pélvico. Los resultados son buenos, aunque a medio-largo plazo (semanas- meses).
- *Reentrenamiento vesical:* con esta técnica se pretende restablecer el hábito miccional mediante un esquema variable de vaciamiento vesical, basado en la hoja de registro miccional de cada paciente. Progresivamente se debe prolongar la periodicidad de las micciones, hasta conseguir una frecuencia miccional diurna de cada 3-4 horas. Esta técnica se recomienda en la incontinencia por urgencia, y en las incontinencias de corta evolución (tras sondaje vesical, fármacos, etc).
- *Micciones programadas:* en casos de pacientes incapacitados, puede ser posible adquirir un hábito de micciones regulares, a través de la estimulación periódica por parte de los cuidadores. Habitualmente se establece una frecuencia miccional de cada 2 horas.

Los ejercicios de suelo pélvico, también denominados ejercicios de Kegel, están destinados a fortalecer los mecanismos del cierre uretral. Se recomienda la realización de estos ejercicios en la incontinencia urinaria de esfuerzo, en la de urgencia y en la mixta. Se aconseja hacer series de 15 contracciones tres o cuatro veces al día, durante 15 a 20 semanas(272). Los resultados son mejores en mujeres jóvenes con incontinencia urinaria de esfuerzo(269). Si bien son útiles en la incontinencia urinaria de urgencia, no se ha podido demostrar que mejoren la frecuencia y la nocturia(277).

Los ejercicios de educación vesical persiguen evitar las pérdidas de orina a través de la modificación de los hábitos de la micción. Se basan en dos principios: realizar micciones

voluntarias frecuentes para mantener un volumen bajo de orina y aprender a inhibir las contracciones del músculo detrusor de la vejiga cuando se presenta la urgencia.

Se programará la realización de micciones voluntarias con el tiempo adecuado para evitar pérdidas, conocido a través del diario miccional, o bien establecemos un periodo de 2 horas de manera empírica. A medida que disminuyen las pérdidas involuntarias, se puede ir alargando el tiempo entre las evacuaciones voluntarias, de 30 a 60 minutos cada vez, hasta llegar a intervalos de 3-4 horas(269).

Esta programación se acompañará de ejercicios de adiestramiento para intentar inhibir las contracciones inadecuadas del músculo detrusor y la sensación de urgencia. Manteniendo la tranquilidad, lo más relajada posible, de pie o sentada, la paciente intentará hacer respiraciones profundas al mismo tiempo que contrae el suelo pélvico mientras dure la sensación de urgencia, sabiendo que ésta tiene periodos de más o menos intensidad hasta que desaparece. Una vez que esto ocurra debe ir tranquilamente al baño a orinar(269).

En caso de ausencia de respuesta a las medidas descritas nos plantearemos la posibilidad de solución quirúrgica en las mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo y el tratamiento farmacológico en los casos de incontinencia de urgencia.

○ **TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO DE LA IU**

Con excepción de la VH, el tratamiento conservador no farmacológico constituye el abordaje principal de la IU, tanto en mujeres como en varones. Bajo este término se incluyen intervenciones que no suponen actuaciones farmacológicas y/o quirúrgicas. En la VH, a menudo se requiere una terapia(26,127,267) inicial con medidas conservadoras y farmacológicas(268,275)(276)(269).

Las medidas higiénico-dietéticas y la modificación de hábitos de vida, aunque no están avaladas por la evidencia, pueden ayudar a mejorar la sintomatología. Incluyen la reducción del peso, dejar de fumar la disminución de consumo de líquidos y excitantes y el ejercicio físico. El uso de productos absorbentes se recomienda para contener la orina en aquellos casos en los que no existen tratamientos curativos, con el objetivo de mejorar la calidad de vida(268,275,276,278).

Deben realizarse las intervenciones médicas adecuadas dirigidas a controlar aquellas comorbilidades que se relacionan con el desarrollo o empeoramiento de la sintomatología de IU(268,275). También se recomienda el ajuste de la medicación que pueda ser responsable del empeoramiento de la sintomatología de la IU (268,275,276).

La rehabilitación muscular del suelo pélvico debe ofrecerse como tratamiento conservador de primera línea a las mujeres con IUE, IUU o IUM (268,274,275,279)(269).

También debe ofrecerse con una finalidad preventiva de IU después del parto vaginal, (280) si este ha sido instrumental o de feto grande(280).

Los programas de rehabilitación deben ser los más intensos posible, y siempre que se pueda, y de acuerdo con los recursos disponibles, con supervisión por parte de(275) los profesionales sanitarios(275,276,281). En AP, tanto los médicos de familia como enfermería, deben ser los responsables de explicar y supervisar la realización de estos ejercicios de forma individualizada o grupal. El programa de ejercicios se debe mantener durante un mínimo de 3 meses antes de tomar una decisión sobre su efectividad(268,276). Estos ejercicios también se pueden realizar en mujeres con la ayuda de conos vaginales.

En personas de más edad y/o con debilidad de la musculatura pélvica, se ha planteado la terapia coadyuvante con estimulación eléctrica y/o *biofeedback*. No se recomienda el uso sistemático de la electroestimulación por su utilidad clínica limitada, la dificultad técnica para utilizarlas por parte de los pacientes y sus contraindicaciones (268,275,276).

Las técnicas de modificación conductual sobre hábitos miccionales se deben ofrecer en las mujeres y con IUU o IUM como tratamiento de primera línea(268,269,274-276). La duración debe ser de, al menos, 6-8 semanas antes de realizar la valoración sobre su efectividad(276,282). En pacientes que no obtienen una mejoría suficiente, o la sintomatología es intensa al inicio, o tienen gran deterioro de la calidad de vida, se pueden asociar a anticolinérgicos, especialmente si la frecuencia miccional es un síntoma molesto (268,276).

○ TRATAMIENTO DE IU POR SUBTIPOS

Tratamiento conservador de IUU: Las posibilidades son tratamiento farmacológico con anticolinérgicos que relajan al musculo detrusor, reducen la frecuencia de sus contracciones, disminuyen la presión intravesical y favorecen el aumento de la capacidad vesical para retener orina. Por otro lado, el entrenamiento o reeducación vesical. La indicación es mujeres con diagnóstico clínico sin contraindicación para anticolinérgicos, sin antecedente de enfermedad concomitante, infección urinaria, hematuria ni residuo postmiccional.

El objetivo del tratamiento farmacológico será inhibir las contracciones voluntarias del detrusor. Aunque se han probado diferentes fármacos para la IUU y algunos han logrado un cierto beneficio, en la actualidad solo han demostrado su eficacia y efectividad clínica los antimuscarínicos. Los antimuscarínicos se deben ofrecer en el tratamiento farmacológico en pacientes con IUU junto con la terapia física (268,269,275,276). La oxibutinina, cloruro de trospio y la tolterodina han demostrado eficacia en el tratamiento de IUU en ensayos clínicos con placebo(283)(284). Existe evidencia científica que asegura que es un tratamiento eficaz y seguro y que mejora los síntomas en el 50-60% de los casos.

Todos los fármacos antimuscarínicos de uso habitual en IUU (trospio, solifenacina, fesoterodina, tolterodina y oxibutinina) comparados con placebo han conseguido demostrar su eficacia para lograr la continencia (NNT: 9-12; IC 95%: 6-20) y mejoría de la sintomatología de IU (NNT: 6-10; IC 95%: 4-18)(275,276,279,285,286).

Los efectos secundarios más frecuentes son sequedad de boca (10-34%) u ocular (1,5-3%), estreñimiento (1-8%) y visión borrosa (1,5-2%). Otros efectos menos frecuentes son fotofobia, enrojecimiento de la cara, reflujo esofágico, dispepsia, mareo, somnolencia, palpitaciones o afectación de la función cognitiva en los sujetos de edad avanzada.

Estos efectos secundarios son una causa frecuente de abandono y de falta de cumplimiento por los pacientes(287).

Se deben administrar con precaución cuando se usan con otros fármacos como sedantes, hipnóticos, alcohol o en presencia de deterioro cognitivo en ancianos que reciben inhibidores de la colinesterasa.

Se recomienda un seguimiento en consulta al mes de iniciar el tratamiento para comprobar efectividad y efectos adversos(268,269)(275)(276,287). Una vez que se ha logrado la estabilidad se aconseja ampliar a 6-12 meses el periodo de seguimiento.

El tratamiento óptimo debe individualizarse, teniendo en cuenta la comorbilidad del paciente, los fármacos concomitantes y los perfiles farmacológicos de los diferentes medicamentos, así como los resultados disponibles sobre la calidad de vida, los costes y los resultados a largo plazo en los diferentes estudios(268,275)(287).

El reentrenamiento vesical pretende restablecer el hábito miccional mediante un esquema variable de vaciamiento vesical, basado en hoja de registro miccional de cada paciente. Progresivamente se debe prolongar la periodicidad de las micciones hasta conseguir una frecuencia miccional diurna cada 3-4 horas. Esta técnica se recomienda en la incontinencia de urgencia y en las de corta evolución (por sondajes, fármacos). Según los estudios, es efectivo tanto para IUU, IUE, IUM y su efecto sobre el control de los síntomas urinarios puede ser similar al del tratamiento farmacológico(288).

Tratamiento conservador IUE: La opción terapéutica conservadora es la rehabilitación muscular del suelo pélvico (RMSP). Su indicación son mujeres con diagnóstico clínico de IUE (grado leve-moderado), sin antecedentes de cirugía previa para IUE ni de enfermedad concomitante que pueda afectar al tratamiento (neurológica, ginecológica o urológica) y sin infección urinaria recurrente, hematuria ni residuo miccional(127). Los ejercicios de suelo pélvico (Kegel) aumentan la resistencia del suelo pélvico y consisten en contracciones repetidas de los músculos del suelo pélvico (25-30 cada sesión) debiendo efectuar unas tres o cuatro sesiones diarias. Los resultados son buenos aunque a medio-largo plazo (semanas-meses). Dos revisiones sistemáticas(289)(290) que evalúan la eficacia de RMSP concluyen que en mujeres con IU de esfuerzo y mixta es mejor que la ausencia de tratamiento. La tasa de curación varía de unos estudios a otros. Los datos disponibles más recientes(291) indican que la rehabilitación muscular del suelo pelviano reduce los episodios de IU en 54-72% y las tasas de curación/mejoría en ensayos aleatorizados varían entre 61 y 91%.

Sumando las mujeres curadas y las que experimentan una notable mejoría, la tasa de éxito del tratamiento puede superar el 70% a corto plazo. Existe pues evidencia científica que avala la RMSP como primera opción de tratamiento de la IU de esfuerzo en casos leves moderados, en pacientes motivadas.

El uso clínico de los fármacos se encuentra limitado por su baja eficacia y por los efectos secundarios asociados a éstos, por lo que tienen un escaso papel en este tipo de incontinencia(269). El tratamiento farmacológico de la IUE pretende incrementar la fuerza de cierre intrauretral al aumentar el tono de los músculos liso y estriado uretrales. No obstante, el tratamiento farmacológico no constituye la primera elección terapéutica en la IUE. Su uso clínico se encuentra limitado por una eficacia baja y/o efectos secundarios(275,276).

Los agonistas alfa-adrenérgicos fueron retirados en el año 2000 por provocar casos de hemorragia cerebral; la imipramina también dejó de utilizarse por sus efectos secundarios(176). Los agonistas alfa-adrenérgicos no se recomiendan como tratamiento del IUE(275,276).

La duloxetina es un inhibidor de la recaptación de serotonina y noradrenalina que puede producir mejoras en la calidad de vida de estas pacientes. Fue aprobada por la Agencia Europea de Evaluación de Medicamentos en el 2008 en dosis de 40 mg cada 12 horas para la incontinencia urinaria moderada a severa, pero su uso no está aprobado en España. De cualquier manera, no se recomienda como tratamiento de primera línea para las mujeres con incontinencia de esfuerzo predominante, excepto para aquellas que prefieren el tratamiento farmacológico al quirúrgico o no son adecuadas para éste. La duloxetina se puede prescribir en mujeres u hombres para una mejoría temporal en la incontinencia, pero no la curación (268,275,276). En la actualidad esta indicación para la duloxetina no ha sido aprobada en España. Si se prescribe duloxetina, mujeres deben recibir consejo sobre sus efectos adversos(276). Los estrógenos orales (con o sin progesterona) no deben emplearse para tratar la IU, ya que no se ha demostrado que ejerzan un efecto directo sobre las vías urinarias inferiores, y pueden empeorar la incontinencia(275,276,279). El tratamiento vaginal local con estrógenos a dosis bajas puede revertir los síntomas y los cambios citológicos de la atrofia genitourinaria y mejorar la IU(276). La desmopresina ha demostrado una mejoría en la reducción de las micciones nocturnas y aumento de las horas de sueño ininterrumpido, especialmente en ancianos, mejorando la calidad de vida, por lo que puede ser un tratamiento útil en la IU en este tipo de pacientes(292). En resumen, en la incontinencia urinaria de esfuerzo femenina ningún tratamiento farmacológico ha demostrado ser eficaz.

Tratamiento quirúrgico IUE:

Se considera actualmente que el sector suburetral es el determinante en cualquier estrategia quirúrgica para el éxito del tratamiento de la IUE(293,294). Existen 3 técnicas *sling*:

- *Tension free vaginal tape (TVT)*: presenta buenos resultados a medio y a largo plazo, pero la necesidad de cistoscopia para el control de la colocación de la malla ha limitado su uso.
- *Tension free transobturator tape (TOT)*: es considerada la técnica de primera elección en IUE con o sin otra enfermedad del suelo pélvico. No requiere cistoscopia.
- *Técnicas de mini-sling o minicintas suburetrales*: permiten la posibilidad de realizar la cirugía con anestesia local en régimen ambulatorio, con menor tasa de complicaciones.

Las técnicas de inyección periuretral de sustancia para el tratamiento de la IUE se basan en la inyección vía transuretral (endoscópica o ciega) de sustancias que dan volumen a la uretra(295). No se ha extendido su uso porque presenta 3 desventajas principales: la imposibilidad de determinar la cantidad necesaria de material, las reacciones de cuerpo extraño y fenómenos inmunológicos, y pérdida de eficacia o la necesidad de reinyección.

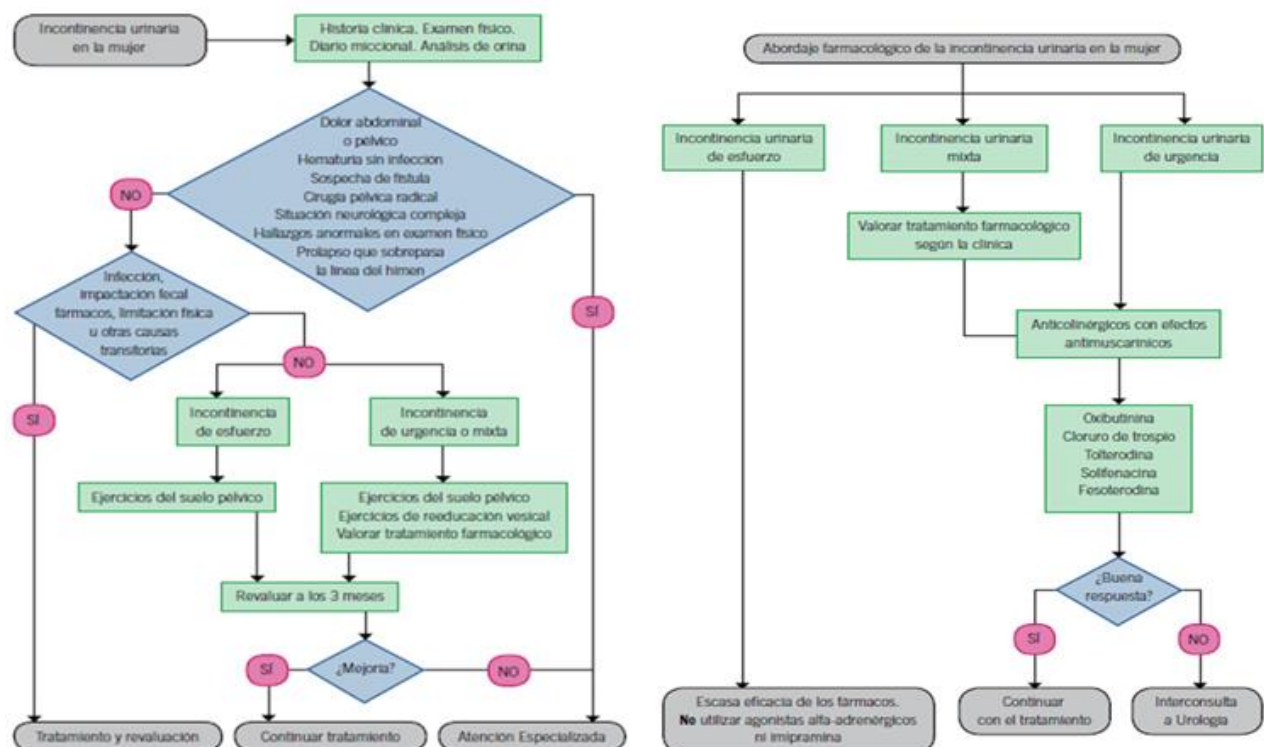


Figura 9: Algoritmo de actuación en AP(296).

○ **PREVENCIÓN E INFORMACIÓN RESPECTO A IU DESDE ATENCIÓN PRIMARIA**

Las medidas de prevención deben aplicarse a toda la población general y algunos autores sugieren que para que resulten eficaces deberían instaurarse desde la pubertad, pero poniendo especial atención en la mujer en la época fértil y en el anciano en ambos sexos.

A pesar del progreso en la evaluación, manejo y tratamiento de la incontinencia urinaria muchos pacientes ni consultan con los profesionales de la salud sobre ella ni revelan sus síntomas urinarios cuando les visitan por otros motivos.

Muchos pacientes no consultan porque desconocen que hay formas de ayudarlos y piensan que no tiene tratamiento o que existe un conocimiento poco preciso por parte del personal médico y sanitario. Otros lo aceptan como un proceso inevitable de la edad; en otros casos los pacientes aceptan su situación y aprenden a vivir con ella. Ya hace tiempo que los National Institutes of Health de los Estados Unidos(297) mencionan que los primeros pasos para un adecuado tratamiento de este problema son el conocimiento adecuado de la enfermedad y una apropiada evaluación y diagnóstico.

Resulta pues necesario, como afirmaba Gavira Iglesias(169) pensar en campañas de información a la sociedad sobre qué es y cómo se puede mejorar la IU, y una conciencia más activa por parte del profesional sanitario en atender a esta población.

El médico de AP está en una posición privilegiada por su formación para acercarse al problema de la IU de una forma global y positiva tomando una postura más activa en el diagnóstico y tratamiento de la IU para ayudar a estos pacientes a mejorar su CV.

2. Justificación

La incontinencia urinaria (IU) constituye un problema médico y social importante con una tendencia creciente debido, entre otras razones, al envejecimiento de la población.

Según datos actuales, el número de mujeres mayores de 60 años en Europa aumentará más de un 20% en los próximos 15 años(298).

La IU afecta aproximadamente a 50 millones de personas en todo el mundo(299), a 6,5 millones de españoles(159) y supuso en el año 2001 un 3,2% del total de prestación farmacéutica, 210 millones de euros(17). En el marco sanitario actual y social de crisis económica comporta un coste alto para la sanidad, al menos el 2% del presupuesto sanitario en los países desarrollados(300). Es destacable que el 90% de este presupuesto se debe a accesorios (absorbentes, pañales, sondas, etc.), el 2% a diagnóstico y tratamiento y el 8% a estancias hospitalarias y cuidados básicos(301).

La IU tiene un impacto notable sobre la calidad de vida (CV) de los pacientes, incluso más que patologías tales como la diabetes *mellitus*, la hipertensión o el infarto(302). Ese impacto negativo se evidencia sobre múltiples aspectos de la vida diaria, en el entorno social, físico, sexual, psicológico y doméstico(14,202) de los pacientes. Incluso entre la población joven afectada, varios estudios sitúan la incontinencia como el problema que causa el efecto mayor sobre la CV junto con la artritis/reumatismo(303)(198).

A pesar de este impacto, su prevalencia no está bien establecida y varía según distintos estudios(263) realizados en el mundo desde el 3 al 40%, en relación con la edad y el sexo. En estudios epidemiológicos entre mujeres adultas de todas las edades, las tasas de prevalencia de IU oscilan entre el 20 y el 50%(178). La evolución de los pacientes diagnosticados de IU en nuestro país ha ido en aumento en los últimos años. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), hemos pasado de 2.200.000 casos en 1997 a 3.255.539 en 2003. Con las tasas estandarizadas de la población española de 2009, se estima que el 15,8% de la población podría presentar IU, afectando aproximadamente a unas 6.510.000 personas, lo que supone una prevalencia global de IU en la mujer del 24%, aumentando al 30-40% en las de mediana edad, y alcanzando el 50% en edad geriátrica(159).

Con una tendencia creciente, el impacto que genera en la CV y el coste que supone, la incontinencia urinaria continúa siendo sin embargo uno de los problemas de salud más desconocidos por la sociedad, incluso por los propios médicos, lo que origina situaciones de marginación, aislamiento, infra-diagnóstico e infra-tratamiento(304).

Esto es debido, por una parte, al sorprendentemente bajo índice de consulta generado por este problema de salud. Según los datos disponibles(28), es motivo de consulta en menos del 30% de los casos, y la mayoría de las veces sólo lo conoce la persona que lo padece. Algunos autores(264) estiman que muchas mujeres consideran el problema como un hecho

inevitable, ligado a la edad o, en todo caso, como una cuestión de la esfera privada, lo que en cierto modo justifica que lo habitual sea no demandar atención sanitaria por este motivo y permanezca como una dolencia oculta que no suele consultarse, por vergüenza a reconocerla o porque la persona lo acepta como algo inevitable e irresoluble. Además, el desconocimiento por parte de la mujer de las opciones de tratamientos conservadores, normas dietéticas o recomendaciones en los hábitos de vida(305), son el motivo de que muchas de ellas no consulten con su médico. La consecuencia de este desconocimiento es que la mayoría de las pacientes utilizan absorbentes como medida para afrontar su problema, influyendo en ello factores individuales, socioculturales y puramente asistenciales(127).

Por otra parte, hasta en un 39% de los casos que consultan no se ofrece una intervención adecuada, no prestándose las distintas opciones terapéuticas conservadoras ni modificaciones de normas dietéticas y, en consecuencia, con ausencia de la oportuna y necesaria derivación a atención especializada(12). Además de la baja consulta por parte de las pacientes, es de destacar que los médicos de Atención Primaria (AP) tampoco realizan una búsqueda activa en su práctica diaria para que el problema aflore a su dimensión real. Algunos estudios(12) señalan el hecho de que el no ser una alteración que ponga en peligro la vida hace que los profesionales sanitarios lo consideren como un problema “menor” de la mujer y no le den la suficiente importancia.

Precisamente la importancia de la detección precoz de mujeres con IU y la determinación de su impacto en CV es debido a que muchos de los tratamientos conservadores y preventivos frente a la IU podrían ser realizados por el equipo de AP(140)(306). Se ha informado un 60% de mejoría o curación con tratamientos dispensados en el centro de salud: el 20% de las mujeres tratadas recuperó la continencia urinaria y la proporción de mujeres con incontinencia persistente pasó del 64% al 28%(210).

En la bibliografía revisada hemos objetivado una escasez de estudios epidemiológicos de gran magnitud en nuestro país sobre detección de IU en la mujer en el nivel asistencial de la AP. De hecho, no se han encontrado estudios previos al actual realizados en nuestro área sanitaria (Dirección Asistencial Oeste). La importancia de este estudio radicaría en que la AP resulta el nivel asistencial idóneo para el diagnóstico precoz de la IU, ya que permite un abordaje, en muchas ocasiones conservador, efectivo y para la prevención, especialmente en el programa de la mujer. El nivel de AP se convierte en el ámbito desde el que se puede solventar el actual problema de comunicación existente, en el cual los médicos no preguntan y los pacientes no hablan de ello(307). La ausencia de investigaciones, el desconocimiento de la frecuencia y de los distintos tipos de IU en nuestro área, su repercusión en la CV de la mujer y la necesidad de investigar y sensibilizar sobre el abordaje desde la AP, serán la justificación para desarrollar el presente trabajo.

3. Hipótesis y objetivos del estudio

3.1 HIPÓTESIS

La incontinencia urinaria (IU) en la mujer es un problema frecuente en Atención Primaria que afecta a su calidad de vida. Existe una situación de infradiagnóstico por la baja consulta efectuada por parte de la mujer así como un abordaje subóptimo por parte del profesional sanitario.

3.2 OBJETIVOS

3.2.1 OBJETIVO GENERAL

Conocer la frecuencia, impacto en calidad de vida de la incontinencia urinaria en mujeres adultas atendidas en Atención Primaria, así como comportamientos y medidas empleadas por las pacientes y por los profesionales sanitarios.

3.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Estudiar la frecuencia y factores de riesgo asociados a la incontinencia urinaria tanto global como por subtipos (IU de esfuerzo, urgencia y mixta) en la mujer atendida en Atención Primaria.
2. Analizar la influencia de la incontinencia urinaria, según tipo y severidad de la misma, en la calidad de vida tanto global como por esferas, y estudiar factores de riesgo asociados.
3. Describir los diferentes ámbitos de consulta (profesional y/o socio familiar) de la mujer con IU y comparar los principales factores entre las mujeres con IU que consultan a profesionales frente a las que no lo hacen. Analizar si difiere el grado de afectación de calidad de vida en ambos grupos y según ámbito de consulta.
4. Describir los motivos de no consulta en mujeres con IU así como factores de riesgo y calidad de vida asociada a dichos motivos.
5. Describir las medidas tomadas frente a la IU entre las mujeres que consultan según los distintos ámbitos estudiados y las que no consultan.

4. Material y métodos

4.1 DISEÑO DEL ESTUDIO

El diseño del estudio es observacional, descriptivo y transversal, mediante entrevista realizada a las mujeres que consultan por cualquier motivo en los cupos correspondientes a doce consultas médicas de Atención Primaria en dos Centros de Salud de la Dirección Asistencial Oeste (Centro de Salud Ramón y Cajal y Centro de Salud Gregorio Marañón).

4.2 ÁMBITO DE ESTUDIO

Se ha realizado en el marco de la Atención Primaria en dos Centros de Salud de Dirección Asistencial Oeste de la Comunidad de Madrid y en dos periodos diferentes (2008 y 2010).

4.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO

La población diana del estudio epidemiológico fue 9.019 mujeres mayores de 18 años (cifras correspondientes al total de mujeres mayores de 18 años asignadas en los doce cupos de consultas participantes).

La población de estudio quedó definida según los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión:

- Sexo femenino.
- Mayores de 18 años.
- Solicitar asistencia médica o acto administrativo en el ámbito de Atención Primaria (Centro de Salud Ramón y Cajal o Centro de Salud Gregorio Marañón).
- Aceptar voluntariamente participar en el estudio mediante firma de consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Mujeres gestantes o en periodo de puerperio en el momento de realización de estudio.
- Diagnóstico o clínica compatible con infección urinaria en el momento de realización de estudio.
- Presentar algún tipo de enfermedad neurológica invalidante.
- Alteración cognitivo avanzado, invalidante.
- Denegar participación en el estudio.

4.4 MUESTRA

4.4.1 TAMAÑO MUESTRAL

Para una prevalencia estimada de IU del 25%, según información disponible en otros estudios en Europa(143), en España(16)(178) e información disponible sobre ciertos estudios realizados en atención primaria(162)(247) con un intervalo de confianza (IC) del 95% y un error máximo de 4% en la estimación, asumiendo un 30% de pérdidas, el tamaño muestral necesario fue de 630 individuos. En el actual trabajo presentamos un total de 819 encuestas válidas.

4.4.2 MÉTODO DE MUESTREO

Se utilizó un muestreo consecutivo invitando a participar a todas las mujeres que consultaron por cualquier motivo de consulta y/o acto administrativo en los Centros de Salud mencionados. Para garantizar representación poblacional similar en cada grupo de edad, se estableció recoger un número similar de pacientes divididos en tres estratos de edad (<44 años, 45-55 años y >55 años).

El periodo de recogida estimado fue de 120 días hábiles. Durante este periodo de tiempo se invitó a mujeres mayores de 18 años que acudieron por cualquier motivo de consulta (de los cupos participantes), y que cumplían criterios inclusión, a participar en el estudio. La selección de mujeres se hizo por orden de llegada a consulta (muestreo consecutivo) hasta completar cada uno de los grupos de edad anteriormente mencionados, en cuyo caso se continuó con el mismo procedimiento hasta finalizar cada uno de los grupos restantes y se especificó en caso de rechazo el motivo del mismo. Se continuó este procedimiento hasta alcanzar al menos el tamaño muestral estimado.

4.5 FUENTE DE RECOGIDA DE DATOS

Para la obtención de datos del presente estudio se emplearon:

- Entrevista directa médico-paciente a través de la cual recogimos datos sociodemográficos y factores de riesgo asociados.
- Test de detección de IU Vila et al.(308) validado en España y de uso en AP mediante entrevista directa. (*Ver Anexo 1*)
- Datos en base informatica OMI/AP-Madrid: para la recogida de las variables como antecedente de enfermedad concomitante o para la variable de toma de fármacos cuando la paciente no lo recordaba.
- Test de calidad de vida validados, específicos, auto-administrados (International Continence Questionary (ICIQ-SF)(214) (*Ver Anexo 2*) e Incontinence Impact Questionary (IIQ)(309) (*Ver Anexo 3*).

4.6 DINÁMICA Y ESTRATEGIA DE RECOGIDA DE DATOS

En primer lugar, para la elección de las consultas médicas que participaron en el estudio se realizaron dos reuniones informativas dirigidas a todo el equipo asistencial una en cada Centro de Salud participante. Tras la exposición del proyecto a realizar, se invitó a los médicos de cada centro voluntariamente a la participación en el mismo, lo que supuso la incorporación de los cupos correspondientes asignados a los mismos al proceso de recogida de datos del estudio. La implicación de nuestros compañeros fue fundamental porque fueron ellos los que invitaron a sus pacientes a participar en el estudio y los encargados de recoger los casos y motivos de la no participación. Finalmente, siete consultas médicas del Centro de Salud Ramón y Cajal y cinco del Centro de Salud Gregorio Marañón accedieron a la participación.

Se invitó a participar a las mujeres que consultaron por cualquier motivo en dichas consultas médicas según orden de llegada (muestreo consecutivo). Una vez considerados los criterios de exclusión y cumpliendo los criterios de inclusión, se continuó con la firma de consentimiento informado (*ver anexo 4*), se pidió que acudieran a las consultas correspondientes a tres médicos concretos que fueron los responsables de continuar la recogida de información mediante entrevista directa (*ver figura 10*).

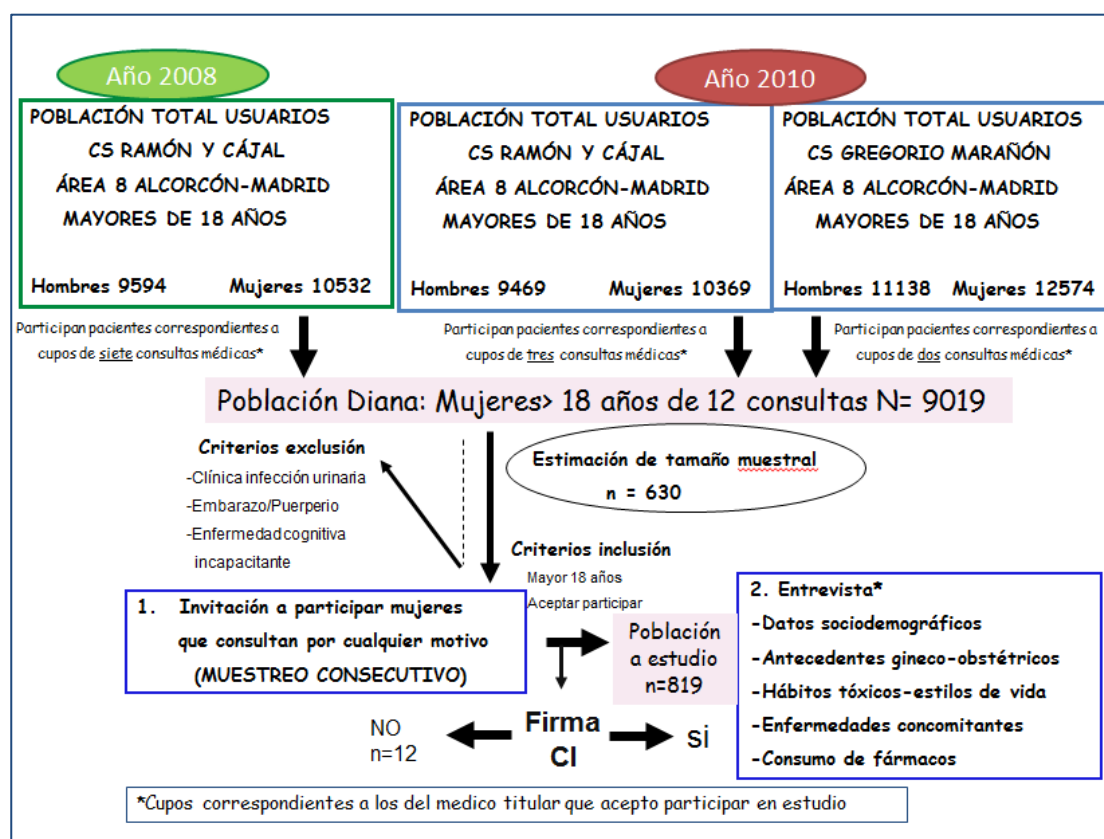


Figura 10: Esquema de dinámica y estrategia de recogida de datos: invitación y entrevista.

Fue mediante entrevista directa a través de la cual se rellenó la ficha de variables y factores de riesgo incluidos en este estudio (*ver anexo 5*).

A continuación para el diagnóstico de IU y sus tipos pasábamos el cuestionario de Vila et al.(6) validado en España para su uso en Atención Primaria (*ver anexo 1*).

En este momento las mujeres continentales finalizaban el estudio, mientras que las mujeres identificadas con algún tipo de IU se las invitaba a cumplimentar los cuestionarios de calidad de vida (ICIQ-SF y IIQ) auto-administrados validados y traducidos al español (*ver anexos 2 y 3*).

Además se analizan en ellos otras variables de comportamiento: solicitud de consulta médica por este motivo y actitudes ante las pérdidas de orina. Los cuestionarios eran devueltos inmediatamente al médico encuestador.

En la Figura 11 se resume la dinámica de la recogida de datos en cuanto al test de detección de IU y los test de CV.

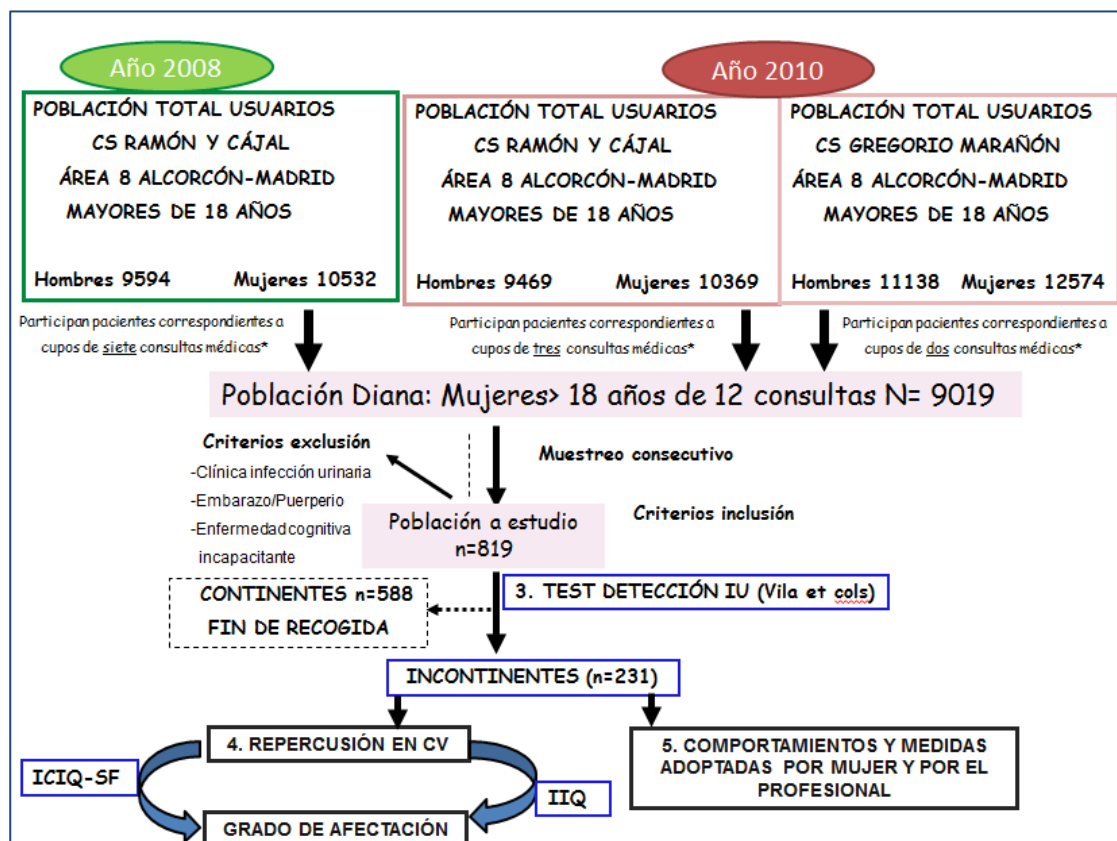


Figura 11: Dinámica de estudio: Test de Detección, Repercusión CV y Comportamientos y Medidas adoptadas por la mujer y por el profesional.

En caso de que la mujer tuviese dudas al rellenar test auto-cumplimentados o dificultad para su comprensión (por idioma, déficit visual, déficit cognitivo leve, idioma o cualquier situación

que limite la habilidad para la realización de los mismos) los test de calidad de vida pasaban a cumplimentarse por el médico mediante entrevista directa.

Se registró en el sistema informático OMI/AP-Madrid en el apartado de Actividades Preventivas a las mujeres continentales que se les había pasado el cuestionario de detección de IU señalando que no puntuaban para IU. En aquellos casos en los que, a pesar de no haberse detectado IU, se hubiese objetivado la necesidad de iniciar alguna acción (diagnóstica, terapéutica o incluso a nivel de prevención primaria o secundaria) se registraba también la medida utilizada, por ejemplo, la realización de sistemático de orina, urocultivo, entrega y explicación de ejercicios de Kegel, etc). En los casos de mujeres con incontinencia, si no estaba registrado en OMI/AP-Madrid se creaba un nuevo episodio de incontinencia urinaria señalando que se le había pasado el test de detección de IU y CV, dejando reflejado el tipo de incontinencia detectado. Igualmente en los casos de mujeres con incontinencia en los que el tratamiento que estuviesen realizado o las medidas que hubiesen adoptado no fuesen las adecuadas se les daba las recomendaciones necesarias, iniciándose tratamiento si era necesario, cambiando el tratamiento si se requería o incluso derivando a los servicios de atención especializada en los casos oportunos. Todas estas medidas quedaban reflejadas en el nuevo episodio abierto en OMI.

4.7 INSTRUMENTOS DE RECOGIDA DE DATOS

-Instrumentos de recogida de datos para detección de la IU:

En el apartado sobre la IU se incluyeron diferentes instrumentos de medición, que se describen a continuación.

Para detectar y clasificar la IU se ha utilizado el cuestionario de Vila et cols. (ver Anexo 1), mediante el cual se clasifica la IU en tres tipos: IU de esfuerzo, IU de urgencia e IU mixta. El cuestionario ha sido elaborado y validado en español(308). Es un cuestionario que se pensó para su utilización en la práctica clínica, que permitiese diferenciar los tres tipos más frecuentes de IU: la de esfuerzo, la de urgencia y la mixta. El patrón de referencia fueron las pruebas urodinámicas, encontrándose una buena sensibilidad y especificidad para los tres tipos de IU.

El cuestionario consta de dos bloques de preguntas, A y B. El bloque A consta de cinco preguntas con opciones de respuesta dicotómica Si-No: 1. *¿Tiene sensación de peso en la zona genital?*; 2. *Al subir o bajar, ¿se le escapa la orina?*; 3. *Cuando ríe, ¿se le escapa?*; 4. *Si estornuda, ¿se le escapa?*; 5. *Al toser, ¿se le escapa?*. El bloque B consta de cuatro preguntas con opciones de respuesta dicotómica Si-No: 1. *Si está en la calle y tiene ganas de orinar, entra en un bar y si el lavabo está ocupado, ¿se le escapa la orina?*; 2. *Cuando abre la puerta de casa, ¿ha de ir al lavabo corriendo?*; 3. *Si tiene ganas de orinar, ¿tiene sensación de que es urgente y ha de ir deprisa?*; 4. *Cuando sale del ascensor, ¿debe correr al servicio porque se le escapa?*

- Cuatro preguntas del grupo A afirmativas, probablemente se trata de IUE.
- Tres o más preguntas positivas del grupo B, sospecha de IUU.
- Preguntas afirmativas en ambos grupos, sospecha de IUM.

La validez interna del cuestionario por IU de esfuerzo en mujeres tiene una sensibilidad (S) con 4 respuestas positivas de 62,6 y una especificidad (E) de 63,7 y con un valor predictivo positivo (VPP) de 77,2.

La validez interna del cuestionario por la inestabilidad del detrusor e incontinencia urinaria mixta en mujeres tiene una sensibilidad con tres preguntas de 82,6 y una especificidad de 77,9 con un VPP de 57,6.

Con respecto al diagnóstico de IU, la prueba urodinámica se considera el patrón de referencia para el estudio de IU, pero su realización no está al alcance de la Atención Primaria, precisándose remitir al paciente al hospital y, puesto que además es una patología que con frecuencia predomina en pacientes avanzada, presenta ciertas dificultades para su realización, ya sea por problemas de traslado al centro, o por falta de colaboración por parte de los pacientes. Además, los servicios de urodinamia existentes en muchas ocasiones están sobrecargados, por lo que se retrasa en numerosas ocasiones su diagnóstico y tratamiento precoz.

En cambio, un cuestionario corto, asociado a pruebas fáciles de hacer en el ámbito de la Atención Primaria como el cálculo del volumen residual (por sondaje o por ecografía) y la flujometría, sin olvidar la exploración física, facilitan la orientación diagnóstica y el inicio temprano del tratamiento efectivo.

-Para cuantificar la severidad de la IU se tuvieron en cuenta los ítems de frecuencia y cantidad de pérdida determinadas según ICIQ-SF y que se describen a continuación:

-Instrumentos de recogida para la medición de Calidad de Vida:

El ICIQ Short Form (ICIQ-SF) (ver anexo) ha sido desarrollado por un comité de expertos de la ICS, que se reunieron por primera vez en el año 1999 y crearon el International Consultation on Incontinence Modular Questionnaire (<http://www.iciq.net>). El primer módulo que desarrollaron y validaron fue el ICIQ Short Form Questionnaire for Urinary Incontinence(310)(311). También redactaron un protocolo que contemplaba el proceso de validación que se debería seguir para su traducción a otros idiomas. Ha sido validado en español(214) y en más de 30 idiomas, evaluando diferentes aspectos de validez y fiabilidad (312)(313)(314)(315)(316)(317)(318).

El ICIQ-SF consta de 3 ítems (“frecuencia”, “cantidad” y “afectación”), más un grupo de 8 preguntas relacionadas con el tipo de IU que no forman parte de la puntuación del cuestionario y tienen únicamente una finalidad descriptiva y orientadora sobre el tipo de IU.

La puntuación total, resultado de la suma de los 3 primeros ítems, va de 0 a 21 puntos. Estos 3 ítems han demostrado tener una elevada consistencia interna en ambas versiones, la original y la validada en castellano (alfa de Cronbach = 0,917 y 0,89 respectivamente). Su tiempo medio de administración es de 3,5 min. Es un cuestionario autoadministrado, que recoge el punto de vista del paciente, por lo que se evitan los sesgos de interpretación de los clínicos(312).

Existen de manera global, dos tipos de cuestionarios aptos para la medición de CV: genéricos y específicos para una determinada enfermedad.

Justificaremos a continuación la elección de los cuestionarios de CV empleados. Hay opiniones contrapuestas acerca de la conveniencia de medir la CV con instrumentos genéricos o específicos. Cada opción tiene sus ventajas y sus inconvenientes. La IU en mujeres es uno de los campos donde se han investigado mediciones específicas sobre su repercusión en la vida de la mujer.

Se consideró oportuno el empleo del cuestionario de calidad de vida ICIQ-SF en nuestro estudio tras una revisión sobre cuestionarios existentes.

Actualmente, en la práctica clínica varios son los instrumentos disponibles con doble propósito descriptivo y diagnóstico. Entre ellos, el King's Health Questionnaire (KHQ) y el ICIQ-UI SF son probablemente los más utilizados disponiendo de versiones validadas en nuestro país(209)(214).

La importancia de estos instrumentos clínicos reside, fundamentalmente, en la capacidad de los mismos para explicar y describir el perjuicio que la IU provoca en la CV de la mujer y también en su capacidad para discernir entre los distintos tipos de IU. Esto último puede conocerse a través del ajuste diagnóstico de estas pruebas en relación a otra considerada como de referencia en el ámbito de la IU como es la prueba urodinámica. La utilidad en la identificación y cuantificación del impacto de la IU en la CV de los pacientes, así como el valor para el diagnóstico del tipo de IU de los cuestionarios KHQ y el ICIQ-UI SF, han sido resaltados en múltiples estudios(209)(215)(214)(216).

No parecen existir grandes diferencias entre los cuestionarios KHQ e ICIQ-UI SF en cuanto a los índices de sensibilidad, especificidad y valores predictivos, si tomamos como referencia la evaluación urodinámica en el diagnóstico de las distintas tipologías de la IU que han sido analizadas (IUE, IUU, IUM). Los dos cuestionarios tienen un valor diagnóstico similar(217).

A pesar de esto, sí se producen diferencias importantes en la factibilidad de uso en la práctica clínica, debidas no sólo al tamaño de cada prueba (21 ítems del KHQ frente a los 11 del ICIQ-UI SF), y al tiempo de cumplimentación, sino también al porcentaje de casos que se pierden porque no dan respuesta a la totalidad del cuestionario(218).

Determinados estudios reflejan que sobre un total de 116 participantes, la insuficiente cumplimentación del cuestionario KHQ no permitió su asignación a uno de los grupos

diagnósticos predeterminado basado en los síntomas en un 7,76%; esto ocurrió con el ICIQ-UI SF en el 2,59% y sólo en el 0,86% según el estudio urodinámico. Se alcanza la conclusión de que son recomendables cuestionarios sencillos.

Adicionalmente, si tenemos en cuenta estos datos, y consideramos que ambas pruebas tienen un valor diagnóstico similar, podemos pensar que en la práctica clínica es más aconsejable el uso del ICIQ-UI SF, reservando el uso del KHQ para la investigación.

Para evaluar el impacto de la IU en las actividades de la vida diaria de las mujeres se ha utilizado el Incontinence Impact Questionnaire (IIQ) en su versión reducida (short form) (IIQ-7)(309) (Ver Anexo 3).

Se han utilizado como patrones de referencia para la validación otros instrumentos, los pañales utilizados o el diagnóstico médico.

A las respuestas de cada ítem del cuestionario IIQ-7, se les asigna un valor: 0 = “en absoluto”, 1 = “un poco”, 2 = “moderadamente” y 3 = “mucho”. Con estos valores, se calcula la puntuación promedio de los ítems. El promedio, que varía de 0 a 3, se multiplica por 33,33 para calcular la puntuación total, en una escala de a 100. El uso del IIQ ha sido recomendado por los expertos de la ICS(213).

Este instrumento fue desarrollado en Estados Unidos (319). El IIQ (30 ítems) valora el impacto de la IU en las actividades diarias, viajes, relaciones sociales y estado emocional de las mujeres. Ha mostrado una buena validez. Se elaboró puesto que no había ningún cuestionario específico que evaluase la calidad de vida en personas con IU. Posteriormente se desarrolló una versión breve de ambos cuestionarios (IIQ-7), mediante un análisis de regresión, para facilitar su uso(309), que han sido validados en español en mujeres embarazadas. El IIQ tiene niveles aceptables de validez, fiabilidad y capacidad de respuesta(319). Ha sido utilizado en numerosos estudios(320,321)(322), aunque en algunos no se ha demostrado su validez en mujeres con IU sin diagnóstico urodinámico, tanto de las formas largas como de las cortas de ambos cuestionarios(323).

-Instrumentos para determinar la actitud y medidas frente a IU por parte del paciente y del profesional:

Se analizaron una serie de aspectos. Entre ellos, se estudió por un lado entre las mujeres que consultaron los ámbitos profesionales de consulta (profesional consultado) y los ámbitos socio-familiares consultados, estableciéndose si las hubiera diferencias de actitud en diferentes ámbitos de consulta. Se estudiaron las medidas tomadas tanto de modo individual, como en ámbitos de consulta y en especial las tomadas por el médico de familia. Por otro lado se realizó un estudio entre las mujeres que no consultan cuáles son los motivos de no consulta y cuáles son las medidas más usadas frente a la incontinencia.

4.8 VARIABLES DE ESTUDIO

4.8.1 VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS (Ver Anexo 6)

- Edad:

Definición conceptual: tiempo que ha vivido una persona.

Definición operacional:

- Pregunta de estudio: *¿Qué edad tiene usted?*
- Tipo de variable: cuantitativa discreta.
- Tipo de respuesta/unidades: años.

- Peso, talla, IMC:

Definición conceptual de índice de masa corporal (IMC): este índice se halla dividiendo el peso (kg.) por el cuadrado de la talla (m) ($IMC = \text{Peso} / \text{Talla}^2$). Los valores normales son entre 20 y 25 (< 25 normal); 25–27,5 sobrepeso leve; 27,5-30 sobrepeso moderado; 30-35 obesidad; mayor de 35 obesidad mórbida.

Definición operacional:

- Pregunta de estudio: *¿Cuánto pesa? ¿Cuánto mide?* (si desconocían datos exactos se procedía a su medición en consulta).
- Tipo de variable: cuantitativa continua.
- Tipo de respuesta/unidades: el peso en kilogramos (kg) y la talla en metros (m). El IMC en Kg/m².

- Estado civil:

Definición conceptual: situación jurídica de la persona en la familia y la sociedad(324)(325).

Definición operacional:

- Pregunta de estudio: *¿Cuál es su estado civil?*
- Tipo de variable: cualitativa nominal
- Tipo de respuesta/unidades: soltera, casada o conviviente, separada o viuda.

- Nacionalidad:

Definición conceptual: condición y carácter peculiar de los pueblos y habitantes de una nación(326).

Definición operacional:

- Pregunta de estudio: *¿De qué nacionalidad es usted?*
- Tipo de variable: cualitativa nominal.

- Tipo de respuesta/unidades: país de origen y raza étnica: negra, blanca, hispana, asiática o árabe.

- Nivel de estudios:

Definición conceptual: conjunto de materias que se estudian para obtener cierta titulación(327).

Definición operacional:

- Pregunta de estudio: *¿Qué nivel de estudios tiene usted?*
- Tipo de variable: cualitativa ordinal.
- Tipo de respuesta/unidades: no posee, básico, diplomatura o licenciatura.

4.8.2 VARIABLES GÍNECO-OBSTÉTRICAS (Ver Anexo 7)

- Menopausia:

Definición conceptual: cese permanente de la menstruación, determinado de manera retrospectiva, después de 12 meses consecutivos de amenorrea, sin causas patológicas(328)(329).

Definición operacional:

- Pregunta de estudio: *¿Lleva usted más de doce meses sin menstruación sin otra causa patológica que lo justifique?*
- Tipo de variable: cualitativa dicotómica.
- Tipo de respuesta: Sí/No.

- Histerectomía:

Definición conceptual: extirpación quirúrgica del útero(330).

Definición operacional:

- Pregunta de estudio: *¿Le han realizado cirugía ginecológica tipo histerectomía?*
- Tipo de variable: Cualitativa Dicotómica.
- Tipo de respuesta: Sí/ No

- Prolapso genital:

Definición conceptual: exteriorización de los órganos pélvicos por la vagina. Los prolapsos pueden ser de la pared anterior de la vagina (cistocele), de la cúpula vaginal, del útero (histerocele) o de su pared posterior (rectocele o enterocele)(331). También definida como síntomas de presión, bulto o protrusión y/o con evidencia en la exploración física de un prolapso de pared vaginal anterior y/o vaginal posterior y/o central de segundo grado o mayor(332)(333).

Definición operacional:

- Pregunta de estudio: *¿Tiene usted sensación de bulto o protrusión en la zona genital?*
- Tipo de variable: cualitativa dicotómica.
- Tipo de respuesta: Sí/ No

- Parto vaginal:Definición conceptual:

- Comienzo espontáneo, bajo riesgo al comienzo del parto manteniéndose como tal hasta el alumbramiento. El niño nace espontáneamente en posición cefálica entre las semanas 37 a 42 completas. Después de dar a luz, tanto la madre como el niño se encuentran en buenas condiciones.

- Eutócico, es el parto normal, no existe ninguna alteración en su mecanismo, se efectúa correctamente con presentación cefálica y flexionada, es el parto vaginal(334).

Definición operacional:

- Pregunta de estudio: *¿Cuántos partos vía vaginal ha tenido en su vida?*
- Tipo de variable: cuantitativa discreta.
- Tipo de respuesta (unidades): numérica/ número de embarazos.

- Cesárea:Definición conceptual:

La cesárea es el nacimiento del niño a través el abdomen materno mediante la realización de una incisión (herida quirúrgica) en la pared de éste (laparotomía) y en el útero (histerectomía)(335).

Definición operacional:

- Pregunta de estudio: *¿Cuántas cesáreas le han realizado en su vida?*
- Tipo de variable: cuantitativa discreta.
- Tipo de respuesta (unidades): numérica/ número de cesáreas.

4.8.3 VARIABLES ESTILOS DE VIDA (Ver Anexos 12 y 13)**- Estreñimiento:**

Definición conceptual: Emisión retardada e infrecuente (menos de tres deposiciones a la semana) de heces anormalmente duras, secas y, a menudo, difíciles de expulsar(336).

Definición operacional: *¿cuántas deposiciones hace al día/semana? ¿las heces son anormalmente duras, secas o difíciles de expulsar?* . Variable cualitativa dicotómica recogida

como estreñimiento sí/no. Las unidades utilizadas fueron deposiciones al día/ deposiciones en semana.

- Actividad física:

Definición conceptual:

Cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos y que produce un gasto energético por encima de la tasa de metabolismo basal. Se clasifica en(337)(338):

- Sedentario: toda persona que en su tiempo libre no haya realizado actividad física en el mes inmediatamente anterior.
- Irregularmente activo: quien realiza actividad física menos de 4 veces a la semana y menos de 30 minutos.
- Regularmente activo: quien realiza actividad física 5 días a la semana por encima de 30 minutos.
- Activo: quien realiza actividad física de 30 a 60 min/día.

Definición operacional: para el registro de esta variable se preguntó *¿realiza algún tipo de ejercicio?* Si la respuesta era “sí” seguíamos *preguntando ¿qué tipo de ejercicio realiza?, ¿cuántos días por semana?, ¿cuánto tiempo al día?*

Variable cualitativa dicotómica recogida sí/no. La gradación de la actividad física es una variable cualitativa ordinal registrada como sedentario, irregularmente activo, regularmente activo y activo. Las unidades a la hora de la recogida fueron días a la semana y minutos.

- Hábito tabáquico:

Definición conceptual de fumador: cualquier persona que dice que fuma en cualquier medida(339).

Siendo fumador severo, si fuma >20 cigarrillos/día, moderado, si fuma entre 10-20 cigarrillos/día y leve, si fuma menos de 10 cigarrillos/día.

Definición operacional: La pregunta para registrar esta variable fue *¿es fumador?* En caso de respuesta afirmativa se preguntaba *¿cuántos cigarrillos fuma al día?, ¿cuántos años lleva fumando?*

Variable cualitativa dicotómica recogida como fumador sí/no.

Y la gradación es una variable cualitativa ordinal recogida como fumador severo, fumador moderado y fumador leve. Las unidades de medida utilizadas fueron cigarrillos/día.

- Consumo excesivo de alcohol:

Definido a partir del resultado de la siguiente fórmula(340): [Cantidad (ml/cc) x Nº de grados de alcohol] x 0,8/ 100. Siendo un consumo excesivo: > o igual a 40 gr al día en hombres y > o igual a 32 gr al día en mujeres.

La pregunta para el registro de esta variable fue *¿qué cantidad de alcohol consume al día?, ¿qué tipo de bebida consume?* Usando como referencia de cantidad un vaso de agua de mesa (30 cc).

Variable cualitativa dicotómica registrada como consumo de alcohol excesivo sí/no, con las unidades de medida gramos de alcohol/ día.

4.8.4 VARIABLES DE CONSUMO DE FÁRMACOS

Por su relación con la incontinencia urinaria a través de su mecanismo de acción se fijaron como variables los grupos farmacológicos detallados a continuación.

La pregunta para la recogida de estos datos fue: *en el último mes ¿qué medicación ha estado tomando?*. Se marcaba con una cruz si los fármacos que tomaba el participante pertenecían a cualquiera de los grupos que mencionamos a continuación. Se estimó un tiempo mínimo de consumo de la medicación para considerarla a estudio (cuatro meses). Si el paciente no recordaba lo que estaba tomando se recurría al registro de fármacos en sistema informático. Los fármacos relacionados con IU y que consideramos fueron:

- Beta-Agonistas/ Alfa agonistas.
- Antagonistas de Calcio.
- AINES.
- Diuréticos.
- Antidepresivos.
- Sedantes/Relajantes.
- Antihistamínicos.

Se trata de variables cualitativas dicotómicas con respuesta sí/no.

4.8.5 VARIABLES DE ENFERMEDADES CONCOMITANTES (Ver Anexos 8 a 11)

Se fijaron 4 grupos principales de patologías por su posible relación con IU o funcionamiento del tracto urinario inferior:

- Diabetes Mellitus

Definición conceptual: se considera paciente diabético a aquel que cumple cualquiera de estos criterios(341):

- HbA1C $\geq 6,5\%$ en pruebas validadas por las calibraciones internacionales
- Glucemia tras 8 h de ayunas ≥ 126 mg/dl
- Tras 2 horas de SOG con 75 g de glucosa: ≥ 200 mg/dl
- Síntomas clásicos de hiperglucemia y $G > 200$

Definición operacional: se recogió como Diabetes Mellitus “sí”, si aparece codificado en sistema informático de historia clínica. Variable cualitativa dicotómica recogida como Diabetes Mellitus sí/no.

- Accidente cerebrovascular:

Definición conceptual: es una patología causada por un trastorno circulatorio cerebral que altera transitoria o definitivamente el funcionamiento de una o varias partes del encéfalo(342). Existen diversos tipos de ictus según la naturaleza de la lesión producida en la isquemia cerebral y la hemorragia cerebral.

Definición operacional: se recogió como accidente cerebrovascular “sí”, si aparece codificado en historia clínica informatizada. Variable cualitativa dicotómica recogida como accidente cerebrovascular sí/no. Pero, además, para mayor seguridad, por posibles omisiones en la historia clínica informatizada (sobre todo en caso de ACVAs sufridos por la paciente con anterioridad al inicio del uso del programa informático y que pudieran no estar recogidos), se le preguntaba a la paciente *¿Sufrió alguna vez un infarto o “derrame” cerebral?*

- Parkinson:

Definición conceptual: Presencia de bradicinesia y al menos uno de los siguientes síntomas: rigidez, temblor e inestabilidad postural no relacionada con déficits visuales, cerebrales, vestibulares o alteraciones propioceptivas(343).

Definición operacional: se recogió como Parkinson “Sí”, si aparece codificado historia clínica informatizada. Variable cualitativa dicotómica recogida como Parkinson sí/no.

- Tumores:

Definición conceptual: masa de células transformadas, con crecimiento y multiplicación anormales. Concretamente en nuestro estudio nos centramos, por su mayor relación con la IU debido a su localización, en los tumores ginecológicos (excluyendo mama) y los tumores de región abdómino-pélvica, perineal y anal.

Definición operacional: se recogió como tumores “sí”, si aparece codificado en historia clínica informatizada. Variable cualitativa dicotómica recogida como: tumores: sí/no. Pero además, para mayor seguridad, por posibles omisiones en la historia clínica informatizada (sobre todo en caso de tumores sufridos por la paciente con anterioridad al inicio del uso del programa informático y que pudieran no estar recogidos), se le preguntaba a la paciente *¿Le han detectado alguna vez alguna clase de tumor? y en caso de respuesta afirmativa: ¿En qué localización?*

EPOC:

Definición conceptual: presencia de tos y expectoración durante más de tres meses al año y durante más de dos años consecutivos(344).

Definición operacional: ¿tose y expectora de forma habitual? Si la respuesta era “No” pasábamos al siguiente ítem del cuestionario. Si la respuesta era “Sí” preguntábamos ¿desde cuándo le ocurre esto?, ¿cuántos meses al año le ocurre?. Variables cualitativas dicotómica recogidas como sí/no.

4.8.6 VARIABLES REFERIDAS A LA IU (Ver Anexos 14 a 17)**Detección Incontinencia Urinaria**

Definición operacional: al tratarse del primer estudio en nuestro área sanitaria (Área 8 de salud) sobre IU y su posible repercusión en CV, decidimos iniciar un estudio de detección que garantizara una alta especificidad, si bien en este intento y al ser más estrictos que en otros estudios pudiéramos perder sensibilidad en la detección. Se determinó mediante un test de cribado para detección de IU en AP validado en España (Cuestionario de cribado de Vila et al, Ver anexo). Se determinó que:

- 1) Cuatro respuestas afirmativas en apartado A serán indicativos de IU esfuerzo (IUE).
- 2) Tres respuestas afirmativas en apartado B mostrarán IU urgencia (IUU).
- 3) Cumplir uno de los dos supuestos anteriores más respuestas afirmativas en ambos apartados se definirá IU mixta (IUM).

Comportamientos y Medidas Adoptadas frente a IU**-Consulta por su problema de IU:**

Se preguntó expresamente si consultan el problema y el ámbito de consulta (ámbito de profesionales sanitarios, y en otros ámbitos sociofamiliares (familia, pareja, amigos).

Respecto a los profesionales sanitarios se preguntó “¿consulta usted por su problema con profesionales de la salud?” (variable cualitativa dicotómica). En caso de resultado afirmativo se interrogó sobre el profesional consultado, dándose como opciones: médico de familia, enfermero, ginecólogo, farmacéutico, urólogo y las medidas usadas frente a IU.

En caso de respuesta negativa se pidió indicar el motivo de la no consulta dándose varias posibilidades de respuesta no excluyentes y basándonos en estudios previos(50). Así las opciones serían: no darle importancia, por vergüenza, pensar que no tiene solución, creer que es un proceso normal, miedo a realización de más pruebas o no tener suficiente confianza con su médico.

Respecto al ámbito sociofamiliar se preguntó “¿Ha consultado/comentado su problema a su familia, a su pareja, o a sus amigos?” (variable cualitativa dicotómica). En caso de resultado afirmativo, se preguntó sobre medida usada frente a la IU.

-Medidas adoptadas frente a la IU:

Entre las posibilidades de medidas empleadas respecto a su IU se facilitaron opciones de respuesta múltiple de medidas adoptadas ante la IU, a saber:

- No adopción de medidas
- Absorbentes totales
- Salvasilip
- Compresas
- Pañales
- Disminuir el consumo de líquidos
- Operación por este motivo
- Recibir tratamiento farmacológico
- Realizar ejercicios de fortalecimiento de suelo pélvico
- Fui derivada a otro especialista

Se trata de variables cualitativas dicotómicas (sí/no). En el caso de variables de absorbentes, salvasilip y pañales se cuantificaba número de unidades/día empleados. En la variable de derivación se especificaba a qué otro especialista. Se especificaron cuáles de estas medidas junto a otras posibles (ejercicios de suelo pélvico, elaboración de diario miccional) fueron recomendadas por su médico de familia.

4.8.7 VARIABLE DE CALIDAD DE VIDA E IU (Ver Anexo 18)

Definición conceptual: percepción de la mujer acerca de su estado de salud e influencia de la IU en su vida en las áreas: social, familiar, sexual, psicológica y biológica.

Definición operacional: se midió mediante los cuestionarios de salud: International Consultation on Incontinence Questionnaire Short Form (ICIQ-SF) y con Impact Incontinence Questionary (IIQ).

ICIQ-SF (Ver anexo): cuestionario específico para IU validado en español que comprende tres ítems puntuables (frecuencia de pérdidas, severidad e impacto autopercebido de IU) y un apartado no puntuable sobre autodiagnóstico. La puntuación global irá de 0 a 21 puntos determinándose como IU con afectación en CV leve puntuaciones menores a 7 puntos, IU con afectación en CV moderada puntuaciones de 7 a 12 puntos e IU con afectación en CV severa puntuaciones mayores de 12.

IIQ-SF (Ver anexos cuestionario 3): cuestionario específico traducido al castellano. La versión corta del cuestionario consta de 7 ítems para valorar la influencia de IU en la esfera de actividad vida diaria (ítems 1=actividades domésticas y 2=actividades físicas), su influencia en capacidad para realizar viajes (ítems 3=desplazamientos-4), en las relaciones sociales (ítem 5) y finalmente su influencia en salud emocional (ítem 6=relación social) e ítem 7 =sentimiento desgraciado, depresivo). Cada ítem se puntúa de 0 a 3 en función de si la afectación es nula, leve, moderada o severa respectivamente. La puntuación final se expresa en porcentaje 0-100%. Se establecen unos puntos de corte correspondientes a media, moderada y severo nivel de incontinencia: <30 media; 30-50 moderada, > 70 severo.

Se calcula la media de los ítems contestados, que se encuentra entre 0 y 3, y se multiplica por 33 para expresar las puntuaciones en una escala de 0-100.

Se preguntó mediante un ítem específico su influencia en relaciones sexuales. La pregunta fue “¿Le influyen sus pérdidas de orina en sus relaciones sexuales? Con 3 posibilidades de respuesta excluyentes: Frecuentemente/Rara Vez/ Nunca.

4.8.8 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Todos los investigadores y personal implicado en el proyecto conocían y respetaron las regulaciones locales e internacionales en el ámbito de las consideraciones éticas para la experimentación en humanos, bien la declaración de Helsinki con sus revisiones, el informe Belmont y otros documentos afines.

Se respetaron las normas de la Declaración de Helsinki y se mantuvo la confidencialidad de los datos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos (Ley Orgánica 5/92 de 29 de Octubre sobre la regulación del tratamiento automatizado de los datos de carácter personal, BOE 30 de octubre de 1992 modificada por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y la Ley 41/2002, de 14 de noviembre).

Las pacientes otorgaron su consentimiento informado por escrito antes de ser incluidos en el estudio (anexo modelo consentimiento informado).

4.8.9 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Análisis descriptivo:

Las variables cualitativas se presentan con su distribución de frecuencias y las cuantitativas con medidas de posición (media o mediana) y de dispersión (desviación estándar o rango intercuartílico). En todos los casos se comprobó la distribución de la variable frente a los modelos teóricos, utilizando la media (DE) cuando la distribución fue normal y en caso de no normalidad, la mediana (RIQ).

Análisis univariado:

Se evaluó la asociación entre variables cualitativas con el test de χ^2 o prueba exacta de Fisher, en el caso de que el número de ocurrencias esperadas fuera inferior a cinco en más de un 25% de las asociaciones exploradas. En el caso de variables ordinales se contrastó la hipótesis de tendencia ordinal de proporciones. Se estimaron odds ratios (OR) junto a su intervalo de confianza al 95% según el método de Cornfield.

Para variables cuantitativas de distribución normal se utilizó la prueba de la t de Student o el equivalente no paramétrico U de Mann-Whitney en caso de distribuciones no normales así como el test de comparación de medianas. Para la comparación de más de dos medias se ha utilizado el análisis de la varianza (ANOVA), cuando seguían una distribución normal o la prueba de Kruskal-Wallis en caso contrario. La asociación entre dos variables cuantitativas se estudió mediante el test de correlación de Pearson.

En todos los casos se comprobó la distribución de la variable frente a los modelos teóricos y se contrastó la hipótesis de homogeneidad de varianzas.

Análisis multivariado:

Para estudiar los factores de riesgo asociados a la IU se llevó a cabo un modelo predictivo de regresión logística. En el modelo máximo de partida se incluyeron todas aquellas variables que en análisis crudo el resultado de la p de contraste fue inferior a 0,15, así como todas aquellas variables que independientemente del nivel de significación eran clínicamente relevantes. Se presentan los odds ratios (OR) junto a sus intervalos de confianza al 95%. Se estudia la calibración y discriminación del modelo mediante Hosmer-Lemeshow y curvas ROC respectivamente.

En todos los contrastes de hipótesis se rechazó la hipótesis nula con un error de tipo I o error α menor a 0,05. El paquete informático que se utilizó para el análisis fue el SPSS para Windows Versión 15.0.

5. Resultados

5.1 DESCRIPTIVO DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

El estudio se realizó en 2 Centros de salud de Dirección Asistencial Oeste de la Comunidad de Madrid y en dos periodos diferentes (2008 y 2010). La distribución de la población de estudio según centro y año de captación se resume en la tabla 10.

Tabla 10: Distribución de la población de estudio según centro y año (I).

Centro	Año	N (%)
Ramón y Cajal	2008	289 (34,8)
	2010	214 (25,8)
Gregorio Marañón	2010	328 (39,4)
Total	2008 y 2010	831 (100)

Del total de las mujeres del estudio, 12 (1,4%) no quisieron participar, perteneciendo 10 de ellas (83,3%) al centro de salud Gregorio Marañón. De este modo, la distribución de la población de estudio según centro y año de captación se resume en la tabla 11.

Tabla 11: Distribución de la población de estudio según centro y año (II).

Centro	Año	N (%)
Ramón y Cajal	2008	288 (35,2)
	2010	213 (26,0)
Gregorio Marañón	2010	318 (38,9)
Total	2008 y 2010	819 (100)

El procedimiento seguido para la obtención de la población a estudio, los cupos de las consultas participantes, la población diana y la población a estudio final una vez considerados los criterios de inclusión y exclusión se muestra en la figura 12.

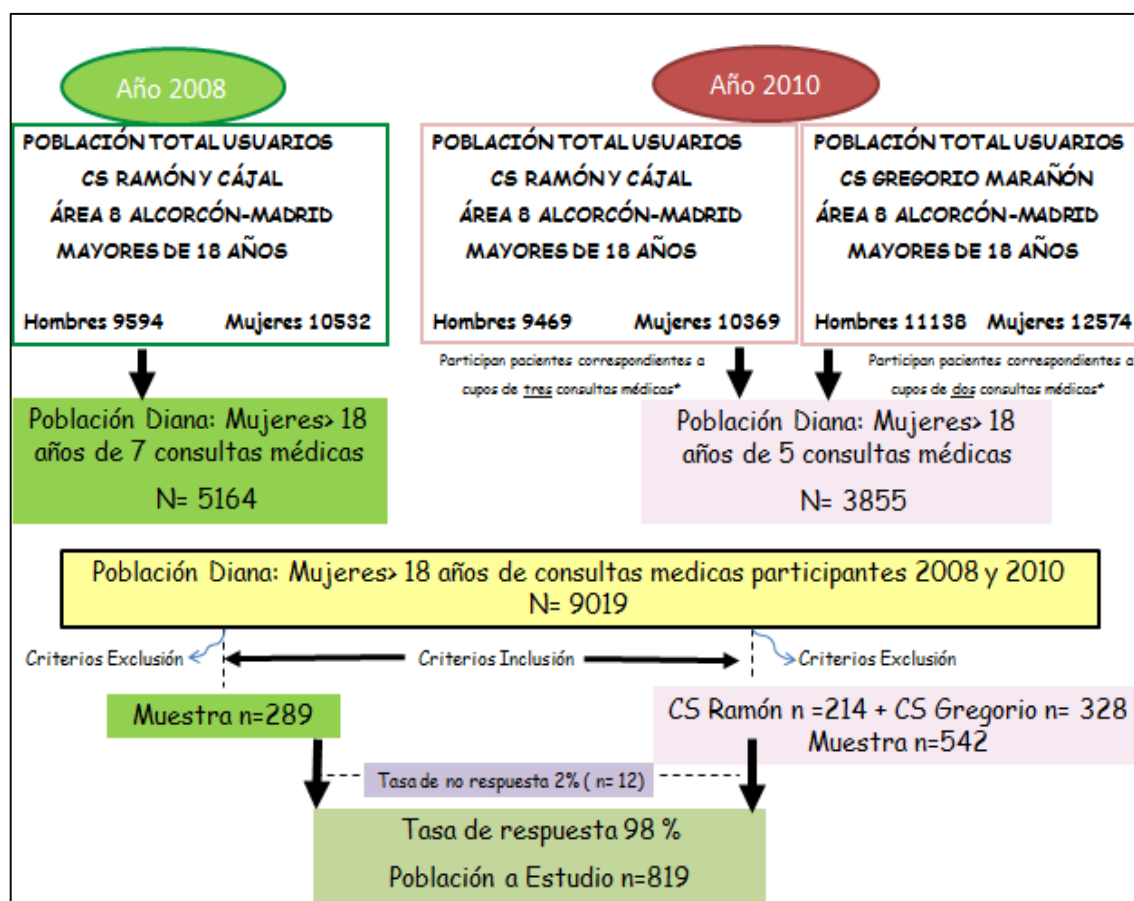


Figura 12: Procedimiento para obtener la población a estudio.

El resumen de las principales variables clínico-epidemiológicas de las 819 mujeres analizadas que participaron en el estudio se muestra en la tabla 12.

Entre las sociodemográficas con respecto a la edad, el grupo más representado es el de 55-65 años (28,9%). La media de edad fue de 52,3 años, y el valor medio del IMC fue de 26,6 Kg/m². El estado civil que predominaba en la población a estudio fue estar casada o conviviente en pareja (58,7%). El 71,4% tenían exclusivamente estudios básicos. La mayoría fueron españolas (89,8%). Respecto a las variables gineco-obstétricas los antecedentes de parto menopausia y cirugía ginecológica (65%, 57% y 30% respectivamente) fueron los más frecuentes. En cuanto a estilos de vida, el 18% dijeron ser estreñidas, una de cada tres refería hacer ejercicio físico, un 5% consumía alcohol y el 17,7% de las mujeres participantes eran fumadoras. Respecto a enfermedades concomitantes el 17,6% de las mujeres si tenían antecedentes de enfermedad, siendo los tumores la mayoritaria (N=70 8,5%), seguida de diabetes, EPOC y en ultimo termino enfermedades neurológicas (ACV, Parkinson). En torno a la mitad de las mujeres participantes consumían fármacos (N=407), los porcentajes mayores de consumo se encontraron entre fármacos tipo sedantes (38,8%), AINES (37,6%) y antidepresivos (33,7%).

Tabla 12: Distribución características clínico-epidemiológicas de la población de estudio.

Variables		Global N (%)
SOCIODEMOGRÁFICAS		
Edad*		52,3 (16,0)
Grupos de edad	<35	167 (20,4)
	35-45	116 (14,1)
	45-55	94 (11,5)
	55-65	237 (28,9)
	65-75	146 (17,8)
	>75	59 (7,2)
Estado civil	Soltera	171 (20,9)
	Separada	60 (7,3)
	Conviviente/casada	481 (58,7)
	Viuda	107 (13,1)
Nivel de Estudios	No posee	87 (10,6)
	Básicos	583 (71,4)
	Diplomatura	90 (11)
	Licenciatura	57 (7)
Nacionalidad	Española	728 (90)
	Extranjera	83 (10)
ANTROPOMÉTRICAS*		
	Peso	66,84 (12,9)
	Talla	1,59 (0,07)
	IMC	26,59 (5,19)
GINECOOBSTÉTRICAS		
	Menopausia	465 (57)
Cir. Ginecológica	Lgrado	243 (30)
	Histerectomía	61 (7,4)
Cir. Abdominal	Prolapso	54 (6,6)
	Cesárea	12 (1,5)
	Partos	22 (2,7)
		93 (11,4)
		535 (65,3)
ESTILOS DE VIDA		
	Estreñido	149 (18,7)
Ejercicio Físico		33,7 (276)
	Alcohol	41 (5)
Fumadores		145 (17,7)
	<10	57 (39,9)
	10-20	63 (44,1)
	>20	23 (16,1)
ENFERMEDAD CONCOMITANTE		
	Enfermedad Concomitante	142 (17,3)
	EPOC	18 (2,2)
	Diabetes	56 (6,8)
	ACV	7 (0,9)
	Parkinson	3 (0,4)
	Tumores	70 (8,5)
FÁRMACOS		
	Consumidor	407 (49,7)
	Beta agonistas	18 (4,4)
	Alfa Agonistas	2 (0,5)
	Aines	155 (37,6)
	Antidepresivos	139 (33,7)
	Diuréticos	104 (25,2)
	Antagonistas Calcio	34 (8,3)
	Sedantes	160 (38,8)
	Antihistamínicos	40 (9,7)

* Datos expresados en media (Desviación estándar)

5.2 FRECUENCIA DE IU Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

5.2.1 FRECUENCIA DE INCONTINENCIA URINARIA

La detección de IU a partir de los test Cuestionario Vila et cols. validado para su uso en Atención Primaria fue del 28,2% (N=231).

5.2.2 FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON IU

5.2.2.1 Factores de Riesgo relacionados con IU: Análisis Univariado.

5.2.2.1.1 Factores de Riesgo sociodemográficos

Las características sociodemográficas y el riesgo correspondiente se resumen en la tabla 13 en la que vemos que las pacientes con incontinencia tenían una media de edad mayor que las no incontinentes, siendo esta diferencia estadísticamente significativa. Al estudiar el riesgo por grupos de edad, observamos que a partir de edades superiores a los 45 años se incrementa el riesgo de incontinencia, siendo mayor a medida que aumenta la edad. En relación al estado civil las solteras son las que presentaron menor porcentaje de incontinencia con relación al resto de categorías.

Observamos que entre las mujeres con niveles de formación más altos el porcentaje de incontinencia fue muy bajo si lo comparamos con los porcentajes de incontinentes de las mujeres con bajos niveles de formación. Con respecto a la nacionalidad, no se encontraron diferencias entre ambos grupos.

Tabla 13: Distribución y riesgo de IU según factores sociodemográficos.

Variables	Incontinente N (%)	Continente N (%)	OR (IC 95%)	p
Edad*	57,6 (14,3)	50,2 (16,7)	7,4 (4,9 – 9,8)	<0,0001
Edad categorizada				<0,0001
<44	44 (15,5)	239 (84,5)	1	
45-54	31 (33)	63 (67)	2,67 (1,56 – 4,57)	
>= 55	156 (35,3)	286 (64,7)	2,93 (2,04 – 4,31)	
Estado civil				<0,0001
Soltera	23 (13,5)	148 (86,5)	1	
Separada	23 (38,3)	37 (61,7)	4 (2,02 – 7,90)	
Conviviente/casada	147 (30,6)	334 (69,4)	2,8 (1,75 - 4,57)	
Viuda	38 (35,5)	69 (64,5)	3,5 (1,96- 6,40)	
Nivel de estudios				<0,0001
Licenciado/Diplomado	22 (15)	125 (85)	1	
No posee	37 (42,5)	50 (57,5)	4,2 (2,25 - 7,82)	
Básicos	172 (29,5)	411 (70,5)	2,3 (1,46- 3,86)	
Nacionalidad				0,137
Española	198 (27,2)	530 (72,8)	1	
Extranjera	29 (35)	54 (65)	0,69 (0,43 – 1,12)	

*Datos expresados en media (DE) y diferencia de medias (IC 95%)

Si bien se ha comentado que la IU fue menos frecuente en mujeres solteras, esto es debido probablemente a la menor edad de las mismas en relación con el resto de las mujeres con otro estado civil. Por otro lado, como vemos en la tabla 14, las mujeres solteras incontinentes eran mayores que las mujeres solteras continentas, siendo la edad un importante factor de riesgo.

Tabla 14: Distribución Medias de Edad entre las distintas categorías de estado civil.

	Incontinente Media (DE)	Continente Media (DE)	Diferencia de Medias (IC 95%)	P
Soltera	40,4 (13,7)	35,2 (14,5)	5,2 (-1,1 – 11,6)	0,108
Separada	52,5 (9,9)	49,5 (12,7)	3,06 (-3,1-9,3)	0,330
Conviviente casada	57,4 (12,4)	53,3 (13,8)	4,05 (1,4-6-6)	0,002
Viuda	72,3 (8,4)	68,1 (8,3)	4,17 (0,80-7,5)	0,016

Al estudiar la edad media de las pacientes en relación al nivel de estudios (ver figura 12) vemos que las pacientes que no tienen estudios son las más mayores y que las incontinentes son mayores que las continentas tanto en el grupo de estudios básicos como el formación superior (diplomatura/licenciatura).

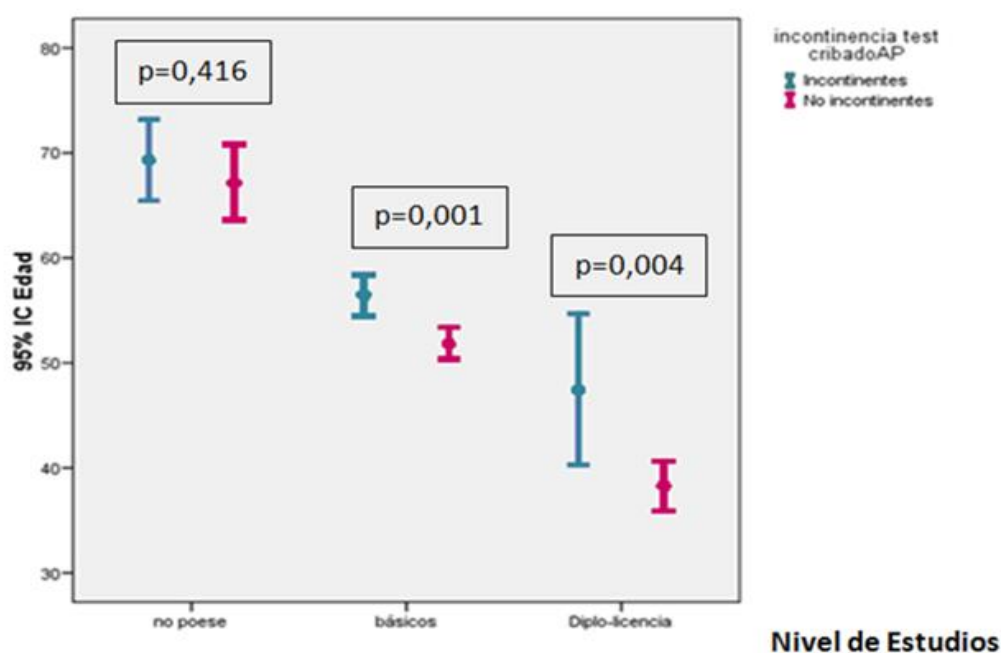


Figura 13: Nivel de estudios y edad según situación de continencia/incontinencia.

5.2.2.1.2 Factores de Riesgo antropométricos

Como resume la tabla 15, el valor del IMC medio es mayor entre incontinentes que entre continentes siendo esta diferencia estadísticamente significativa.

Tabla 15: IU y valores medios de variables antropométricas.

Variables	Incontinente Media (DE)	Continentes Media (DE)	Diferencia medias (IC 95%)	P
Peso	69 (13,2)	66 (12,6)	3 (0,9-4,8)	0,004
Talla	1,56 (0,06)	1,59 (0,06)	0,03 (0,01-0,03)	<0,0001
IMC	28,0 (5,4)	26,0 (4,9)	2 (1,2-2,7)	<0,0001

Si estudiamos la variable IMC según clasificación SEEDO vemos cómo a partir del sobrepeso ya existe un mayor riesgo de incontinencia (tabla 16).

Tabla 16: Riesgo de IU según IMC.

IMC	Incontinente N (%)	Continente N (%)	OR (IC 95%)	p
				<0,0001
Normopeso	68 (29,6)	261(44,7)	1	
Bajo peso	5 (2,2)	20 (3,4)	0,96 (0,34-2,65)	0,973
Sobrepeso 1	43 (18,7)	92 (15,8)	1,79 (1,14-2,81)	0,011
Sobre g2	46 (20)	97 (16,6)	1,82 (1,17-2,82)	0,008
Obe g1	42 (18,3)	91 (15,6)	1,77 (1,13-2,79)	0,013
Obe 2 o más	26 (11,3)	23 (3,9)	4,33 (2,33 – 8,08)	<0,0001

5.2.2.1.3 Factores de Riesgo gíneco-obstétricos

Según los datos obtenidos en la tabla 17 las mujeres de nuestra muestra con antecedente de menopausia presentan un mayor porcentaje riesgo (OR=2,33) de incontinencia que entre las mujeres que no presentan dicho antecedente.

El antecedente de prolapso uterino conllevó un 20% más de riesgo de incontinencia, dato en el límite de la significación estadística. Por otro lado, el antecedente de cirugía ginecológica representó un mayor riesgo de incontinencia. Si bien al estudiar de forma específica las diferentes intervenciones, apreciamos cómo no se encontró diferencia en cuanto al riesgo de incontinencia en las mujeres sometidas a legrado, histerectomía o cesárea. Sin embargo, fue mayor la frecuencia de incontinencia en mujeres con parto vaginal (OR=2,64 veces superior).

Tabla 17: Distribución y riesgo de IU según factores gineco-obstétricos.

Variables	Incontinente N (%)	Continente N (%)	OR (IC 95%)	p
Menopausia				<0,0001
Si	164 (35,3)	301 (64,7)	2,33 (1,68 – 3,23)	
No	67 (18,9)	287 (81,1)	1	
Cirugía ginecológica				<0,0001
Si	94 (38,7)	149 (61,3)	2,02 (1,46 – 2,08)	
No	137 (23,8)	439 (76,2)	1	
Legrado				<0,408
Si	20 (32,8)	41 (67,2)	1,26 (0,72 – 2,20)	
No	211 (27,8)	547 (72,2)	1	
Histerectomía				0,136
Si	20 (37)	34 (63)	1,54 (0,86 – 2,24)	
No	211 (27,6)	554 (72,4)	1	
Prolapso				0,068
Si	10 (45,4)	12 (54,5)	2,17 (0,92 – 5,09)	
No	221 (27,7)	576 (72,3)	1	
Cesárea				0,243
Si	31 (33,3)	62 (66,6)	1,31 (0,82 -2,85)	
No	200 (27,5)	526 (72,5)	1	
Parto vaginal				<0,0001
Si	184 (34,4)	351 (65,6)	2,64 (1,84 – 3,79)	
No	47 (16,6)	237 (83,4)	1	

La tabla 18 muestra la distribución entre incontinentes y continentes según el número de partos, y según dichos datos observamos que las mujeres parturientas con menos de 2 partos vaginales, tienen una proporción mayoritaria de continencia que de incontinencia.

Tabla 18: Distribución de Incontinentes/Continentes según el número de partos y riesgo.

Nº partos	Incontinente N (%)	Continentes N (%)	OR (IC 95%)	p
0	47 (16,5)	237 (83,5)	1	<0,0001
1	26 (24,3)	81 (75,7)	1,61 (0,94 – 2,78)	0,081
2	74 (30,7)	167 (69,3)	2,23 (1,47 -3,39)	<0,0001
3	60 (46,2)	70 (53,8)	4,32 (2,71 -,6,87)	<0,0001
4	14 (42,4)	19 (57,6)	3,71 (1,74 -7,92)	0,001
5 o más	10 (41,7)	14 (58,3)	3,60 (1,50 – 8,59)	0,004

5.2.2.1.4 Factores de Riesgo estilos de vida

El principal FR de los EV relacionado con la IU fue el estreñimiento, con un mayor riesgo entre las incontinentes respecto a las continentes (OR=1,76). Entre las mujeres consumidoras de alcohol el riesgo de incontinencia es de un 14% mayor con respecto a las no consumidoras (dato en el límite de significación estadística). Respecto a la práctica de ejercicio físico o al hábito tabáquico no se encontraron diferencias significativas.

Tabla 19: Distribución y riesgo de IU según estilos de vida.

Variables	Incontinente N (%)	Continente N (%)	OR (IC 95%)	p
Estreñimiento				0,003
Si	57 (38,3)	92 (61,7)	1,76 (1,21-2,56)	
No	174 (26)	496 (74)	1	
Ejercicio				0,261
Si	71 (25,7)	205 (74,3)	1	
No	160 (29,6)	383 (70,5)	0,82 (0,59 – 1,15)	
Tabaco				0,230
Si	35 (24)	110 (76)	1	
No	196 (29)	478 (71)	0,77 (0,51 – 1,17)	
Alcohol				0,053
Si	17 (41,5)	24 (58,5)	1,86 (0,98 – 3,54)	
No	214 (27,5)	564 (72,5)	1	

Respecto al tipo de ejercicio físico realizado, tampoco encontramos diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres que practican un ejercicio normal o de esfuerzo, tal y como se observa en la tabla 20.

Tabla 20: Tipo ejercicio realizado y riesgo de IU.

Variables	Incontinente N (%)	Continente N (%)	OR (IC 95%)	p
Ejercicio Normal	50 (27,5)	132 (72,5)	1	0,482
Ejercicio Esfuerzo	12 (22,6)	41 (77,4)	1,19 (0,62 – 2,66)	

Respecto a la frecuencia semanal de práctica de ejercicio físico y su relación con la incontinencia, tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas (tabla 21).

Tabla 21: Distribución y riesgo de IU según frecuencia práctica ejercicio.

Veces/semana	Incontinente N (%)	Continentes N (%)	OR (IC 95%)	p
1	5 (29,4)	12 (70,6)	1	0,381
2	12 (25,5)	35 (74,5)	1,2 (0,3-4,2)	0,757
3	8 (22,9)	27 (77,1)	1,4 (0,4- 0,2)	0,735
4	2 (20)	8 (80)	1,6 (0,3-10,8)	0,678
5	6 (30)	14 (70)	0,9 (0,2-4,0)	1
6	-	-	-	-
7	11 (19)	47 (81)	1,7 (0,5-6,1)	0,501

5.2.2.1.5 Factores de Riesgo consumo de fármacos

En cuanto al consumo de fármacos, como se observa en tabla 22, es entre las mujeres consumidoras entre las que se observa un riesgo mayor de incontinencia con respecto a las no consumidoras (OR=1,99). Al estudiar el número de fármacos en relación con la incontinencia (tabla 23), no hemos encontrado asociación (p=0,296).

Tabla 22: Distribución y riesgo de IU según la consumo de fármaco.

Consumo de Fármacos	Incontinente N (%)	Continente N (%)	OR (IC 95%)	p
No consumen	88 (21,4)	324 (78,6)	1	<0,0001
Consumen	143 (35,1)	264 (64,9)	1,99 (1,46-2,72)	

Tabla 23: Distribución y riesgo de IU según Nº fármacos.

Nº fármacos	Incontinente N (%)	Continentes N (%)	OR (IC 95%)	p
1	74 (32,9)	151 (67,1)	1	0,296
2	48 (36,6)	83 (63,4)	0,8 (0,5-1,3)	0,472
3	17 (41,5)	24 (58,5)	0,6 (0,3-1,3)	0,287
4	4 (50)	4 (50)	0,4 (0,1-2,0)	0,447
5 o más	0	2 (100)	-	1

En la tabla 24 se muestra el consumo de cada tipo de fármacos entre continentes e incontinentes, vemos que hay mayor riesgo de incontinencia entre los consumidores de antihistamínicos, no existiendo diferencias respecto al resto de fármacos estudiados.

Tabla 24: Distribución de cada tipo de fármaco entre continentes/incontinentes y Riesgo.

TIPO FÁRMACO		Incontinentes N (%)	Continentes N (%)	OR (95%)	P
B-Agonista					
	SI	8 (44,4)	10 (55,6)	1,58 (0,58-3,93)	0,368
	NO	36 (35)	253 (65)		
Alfa- Agonista					
	SÍ	1 (50)	1 (50)	1,86 (0,11-3,1)	0,655
	NO	143 (35,3)	262 (64,7)		
Aines					
	SÍ	58 (37,4)	97 (62,6)	1,18 (0,78-1,80)	0,415
	NO	86 (34,1)	166 (65,9)		
Antidepresivos					
	SÍ	44 (37,5)	95 (68,3)	0,80 (0,51-1,23)	0,317
	NO	100 (37,3)	168 (62,7)		
Diuréticos					
	SÍ	39 (37,5)	65 (62,5)	1,16 (0,73-1,84)	0,528
	NO	105 (34,7)	198 (65,3)		
Antagonistas Ca					
	SÍ	16 (47,1)	18 (52,9)	1,73 (0,85-3,52)	0,122
	NO	128 (34,3)	245 (65,7)		
Sedantes					
	SÍ	51 (31,9)	109 (68,9)	0,80 (0,52-1,21)	0,297
	NO	93 (37,7)	154 (62,3)		
Antihistamínicos					
	SI	20 (50)	20 (50)	2 (1,03-3,85)	0,036
	NO	124 (33,8)	243 (66,2)		

5.2.2.1.6 Factores de Riesgo enfermedades concomitantes

Entre las mujeres con enfermedad concomitante existe un mayor riesgo de incontinencia (OR=1,93), con respecto a las mujeres sin antecedente de enfermedad.

Tabla 25: Distribución y riesgo de IU según Enfermedad concomitante.

Enf. concomitante	Incontinente N (%)	Continente N (%)	OR (IC 95%)	p
No Enf. concomitante	174 (25,7)	503 (74,3)	1	0,001
Enf. concomitante	57 (40,1)	85 (59,9)	1,93 (1,32 – 2,82)	

La distribución de incontinentes y continentes en función si presentan o no determinadas enfermedades se muestra en la tabla 26. Se observa cómo las enfermedades que guardan relación con la incontinencia urinaria son EPOC, ACV y Parkinson.

Tabla 26: Distribución y Riesgo de IU según tipo enfermedad.

Tabla 20. Distribución y riesgo de la según tipo enfermedad.					
TIPO ENFERMEDAD		Incontinentes N (%)	Continentes N (%)	OR (95%)	P
EPOC					
	SÍ	10 (55,5)	8 (44,5)	3,2 (1,2-8,4)	0,009
	NO	221 (27,6)	580 (72,4)		
Diabetes					
	SÍ	21 (37,5)	35 (62,5)	1,5(0,8-2,7)	0,109
	NO	210 (27,5)	553 (72,5)		
ACV					
	SÍ	5 (71,4)	2 (28,6)	6,4 (1,2-33,6)	0,022
	NO	226 (27,8)	586 (72,2)		
Parkinson					
	SÍ	3 (100)	0	-	0,006
	NO	228 (27,9)	588 (72,1)		
Tumores					
	SÍ	26 (37,1)	44 (62,9)	1,5 (0,9-2,6)	0,082
	NO	205 (27,4)	544 (72,6)		

5.2.2.2 Factores de Riesgo relacionados con IU: Análisis Multivariable

Tras ajustar en un modelo predictivo de regresión logística, los principales factores asociados a la IU se resumen en la tabla 27, siendo el consumo de alcohol el de riesgo más elevado.

Tabla 27: Principales factores asociados a la IU.

Variables	B	OR	IC 95%	p
Cirugía ginecológica	0,445	1,561	1,110-2,196	0,011
Estreñimiento	0,540	1,716	1,158-2,544	0,007
Consumo de fármacos	0,408	1,504	1,073-2,107	0,018
Edad>45	0,456	1,578	1,014-2,456	0,043
IMC:sobrepeso	0,341	1,407	0,990-2,001	0,057
Consumo alcohol	0,775	2,170	1,087-4,330	0,028
Parto vaginal	0,551	1,735	1,143-2,632	0,010

Los resultados del test de bondad de ajuste mediante la prueba de *Hosmer-Lemeshow* mostraron una adecuada calibración del modelo ($p=0,814$), es decir, no encontramos diferencias entre el modelo observado en nuestra muestra frente a lo esperado. El poder de clasificación adecuado del modelo, estimado mediante curvas ROC a partir de las probabilidades predichas, fue del 72,8%.

5.3 TIPOS DE INCONTINENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

5.3.1 DESCRIPTIVO DE MUJERES INCONTINENTES DETECTADAS POR SUBTIPOS IU.

Respecto al tipo de incontinencia de nuestra población a estudio (N=231), más de la mitad de las mujeres (N=128) fueron del subtipo incontinencia urinaria mixta, seguida en frecuencia de la incontinencia urinaria de esfuerzo (N=61) y en último término de incontinencia urinaria de urgencia (N=42).

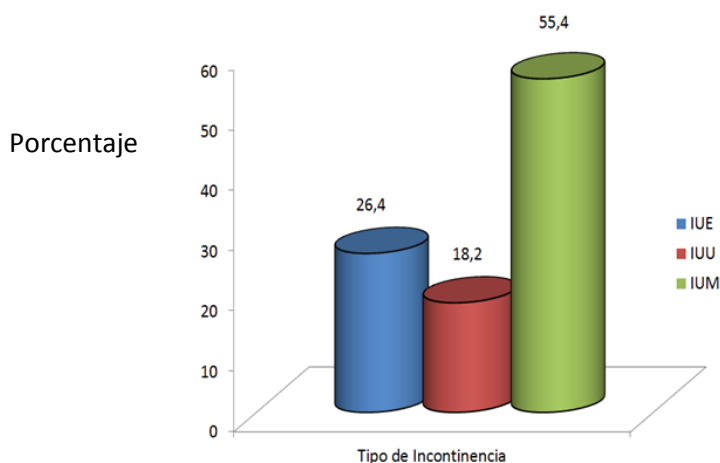


Figura 13: Porcentaje Subtipos de IU detectada.

5.3.2. DESCRIPTIVO DE FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS POR SUBTIPOS DE IU

5.3.2.1. Factores de Riesgo sociodemográficos

Los valores de edad media según los subtipos de IU vienen recogidos en la tabla 28, donde vemos que las mujeres con IU de urgencia y con IU mixta tienen una media de edad superior a la de las mujeres con IU de esfuerzo, siendo la diferencia estadísticamente significativa la debida a la diferencia de edad entre IUE e IUM ($p < 0,0001$) y no en la comparación del resto de las incontinencias.

Por rangos de edad, entre mujeres de menos de 44 años, el subtipo IUE es el más frecuentemente referido, también es en edades medias el más evidenciado (54,8%). Si bien en estas edades, hay un incremento de frecuencia de IUM (41,9%) y se hace prácticamente inexistente la IUU (3,2%). Es en edades más avanzadas (mayores de 55 años) entre las cuales el subtipo más frecuente es el IUM (65,4%) en detrimento de IUU y IUM (16,7% y 17,9% respectivamente).

Entre las mujeres incontinentes solteras, el subtipo de incontinencia predominante es la incontinencia de urgencia (43,5% N=10). En el resto de situaciones separada, casada y viuda,

es la IUM la más frecuente, le siguen en frecuencia la IUE entre las separadas y la IUU entre las viudas. Entre las que poseen estudios básicos o no poseen estudios, la IUM es el subtipo más frecuente mientras que, entre las mujeres con formación avanzada (diplomatura, licenciatura), el subtipo más frecuente es la de urgencia, seguida de la de esfuerzo y en último término la mixta. No existen diferencias estadísticamente significativas de subtipos IU entre mujeres extranjeras o españolas.

Tabla 28: Distribución subtipos de IU en función de antecedentes sociodemográficos.

Variables	IUE N (%)	IUU N (%)	IUM N (%)	p
Edad*	50,8 (13,0)	57,2 (17,6)	61,1 (12,5)	<0,0001
Edad categorizada				<0,0001
<44	18 (41)	13 (29,5)	13 (29,5)	
45-54	17 (54,8)	1 (3,2)	13 (41,9)	
>= 55	26 (16,7)	28 (17,9)	102 (65,4)	
Estado civil				0,006
Soltera	5 (21,7)	10 (43,5)	8 (34,8)	
Separada	8 (34,8)	2 (8,7)	13 (56,5)	
Conviviente/casada	41 (27,9)	19 (12,9)	87 (59,2)	
Viuda	7 (18,4)	11 (28,9)	20 (52,6)	
Nivel de estudios				0,005
No posee	5 (13,5)	6 (16,2)	26 (70,3)	
Básicos	49 (28,5)	26 (15,1)	97 (56,4)	
Diplomado	5 (31,2)	7 (43,7)	4 (25)	
Licenciado	2 (33,3)	3 (50)	1 (16,7)	
Nacionalidad				0,260
Española	53 (26,8)	39 (19,7)	106 (53,5)	
Extranjera	6 (20,7)	3 (10,3)	20 (69)	

5.3.2.2. Factores de Riesgo antropométricos

Respecto a los valores de IMC medio, no existen diferencias estadísticamente significativas entre los distintos subtipos de incontinencia.

Tabla 29: Valores medios de variables antropométricas según subtipos IU.

	Media (DE)	IC 95%	P
IUU	27,4 (5,64)	25,58-29,14	0,652
IUE	27,9 (6,65)	26,18-29,62	
IUM	28,3 (4,78)	27,42-29,09	
Total	28,0 (5,46)	27,29-28,72	

Al categorizar la variable IMC según clasificación SEEDO y estudiar su relación con los distintos subtipos de incontinencia no se encontraron diferencias significativas.

Tabla 30: Distribución de subtipos de IU entre las categorías de IMC.

IMC	IUE N (%)	IUU N (%)	IUM N (%)	P
Peso insuficiente	2 (40)	2 (40)	1 (20)	0,250
Normopeso	23 (33,8)	14 (20,6)	31 (45,6)	
Sobrepeso Grado 1,2 Obesidad grado 1	9 (20,9)	7 (16,3)	27 (62,8)	
Obesidad grado 2 o >	26 (22,8)	19 (16,7)	69 (60,5)	

5.3.2.3. Factores de Riesgo gineco-obstétricos

Según los datos obtenidos en la tabla 31, entre las mujeres con antecedente de menopausia hay mayor frecuencia de IUM respecto a las mujeres no menopáusicas. Si bien, entre estas últimas el subtipo de IUE es más frecuente. El subtipo de IUU es el menos frecuente en cualquier caso.

Respecto al resto de antecedentes gineco-obstétricos, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas en la frecuencia de los distintos subtipos de incontinencia.

Tabla 31: Distribución de subtipos de IU según antecedentes gineco-obstétricos.

Variables	IUE N (%)	IUU N (%)	IUM N (%)	p
Menopausia				< 0,001
SI	30 (18,3)	27 (16,5)	107 (65,2)	
NO	31 (46,3)	15 (22,4)	21 (31,3)	
Cirugía Ginecológica				0,470
SI	21 (22,3)	17 (18,1)	56 (59,6)	
NO	40 (29,2)	25 (18,2)	72 (52,6)	
Legrado				0,550
SI	5 (25)	2 (10)	13 (65)	
NO	56 (26,5)	40 (19)	115 (54,5)	
Histerectomía				0,640
SI	4 (20)	5 (25)	11 (55)	
NO	57 (27)	37 (17,5)	115 (55,5)	
Prolapso				0,600
SI	10 (20)	3 (30)	5 (50)	
NO	59 (26,7)	39 (17,6)	123 (55,7)	
Cesárea				0,410
SI	11 (35,5)	4 (13)	16 (51,5)	
NO	50 (25)	38 (19)	112 (56)	
Parto				0,150
SI	38 (23,7)	26 (16,3)	96 (60)	
NO	9 (32,1)	9 (32,1)	10 (35,8)	

Respecto al subtipo de incontinencia según el número de partos no se observan diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 32: Distribución de subtipos de IU según número de partos.

Número Partos	Incontinente N (%)	IUE	IUU	IUM	P
0	47 (20,3)	17 (36,1)	10 (21,3)	20 (42,6)	0,074
1	26 (11,3)	10 (38,5)	7 (26,9)	9 (34,6)	
2	74 (32)	17 (23)	12 (16,2)	45 (60,8)	
3	84 (36,4)	17 (20,2)	13 (15,5)	54 (64,3)	

5.3.2.4. Factores de Riesgo estilos de vida

El estreñimiento es el factor de riesgo de estilo de vida más relacionado con el subtipo de incontinencia (ver tabla 33). De este modo, entre las mujeres estreñidas el subtipo más frecuente es la IUM (20% mayor riesgo que entre las mujeres sin dicho antecedente).

Respecto a la influencia de la práctica de ejercicio físico, fumar y consumir alcohol, ninguno de dichos factores de riesgo mostró diferencias significativas respecto a los subtipos de IU.

Tabla 33: Distribución subtipos de IU según estilos de vida.

Variables	IUE N (%)	IUU N (%)	IUM N (%)	p
Estreñimiento				< 0,030
SI	9 (15,8)	8 (14)	40 (70,2)	
NO	52 (29,9)	34 (19,5)	88 (50,6)	
Ejercicio Físico				0,630
SI	16 (22,5)	13 (18,4)	42 (59,2)	
NO	45 (28,1)	29 (18,1)	86 (53,8)	
Fumar				0,140
SI	14 (40)	5 (14,3)	16 (45,7)	
NO	47 (24)	37 (18,9)	112 (57,1)	
Consumo Alcohol				0,470
SI	6 (35,3)	4 (23,5)	7 (41,2)	
NO	55 (25,7)	38 (17,8)	121 (56,5)	

5.3.2.5. Factores de Riesgo consumo de fármacos

Respecto a cómo se distribuyen los subtipos de IU entre consumidoras y no consumidoras de fármacos (tabla 34), no se encontraron diferencias significativas respecto a los subtipos de IU. Entre los distintos fármacos considerados, entre los consumidores de B agonistas se observa una mayor relación con el subtipo de IUU respecto a los no consumidores. No existen diferencias significativas entre los consumidores de alfa-agonistas, AINES, antidepresivos, diuréticos, antagonistas de calcio ni antihistamínicos, y los no consumidores.

Tabla 34: Distribución de subtipos de IU según fármacos.

Consume Fármacos		IUE N (%)	IUU N (%)	IUM N (%)	P
					0,77
	SI	38 (26,4)	25 (17,4)	81 (56,2)	
	NO	55 (25,7)	38 (17,8)	121 (56,5)	
Tipo Fármaco Consumido		IUE N (%)	IUU N (%)	IUM N (%)	P
B Agonistas					
					0,028
	SI	2 (25)	4 (50)	2 (25)	
	NO	36 (26,5)	20 (14,7)	80 (58,8)	
Alfa agonistas					
					0,68
	SI	0	0	1 (100)	
	NO	38 (26,6)	24 (16,8)	81 (56,6)	
AINES					
					0,07
	SI	19 (32,8)	5 (8,6)	34 (58,6)	
	NO	19 (22,1)	19 (22,1)	48 (55,8)	
Antidepresivos					
					0,75
	SI	10 (22,7)	7 (15,9)	27 (61,4)	
	NO	17 (17)	28 (28)	55 (55)	
Diuréticos					
					0,54
	SI	8 (20,5)	8 (20,5)	23 (59)	
	NO	30 (28,6)	16 (15,2)	59 (56,2)	
Antagonistas Ca.					
					0,24
	SI	3 (18,8)	5 (31,2)	8 (50)	
	NO	35 (27,3)	19 (14,8)	74 (57,9)	
Sedantes					
					0,62
	SI	11 (21,6)	9 (17,6)	31 (60,8)	
	NO	27 (29)	15 (16,1)	51 (54,9)	
Antihistamínicos					
					0,43
	SI	4 (20)	2 (10)	14 (70)	
	NO	34 (27,4)	22 (17,7)	68 (54,8)	

5.3.2.6. Factores de Riesgo enfermedades concomitantes

No se observan diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes que presentan enfermedad concomitante respecto a los subtipos de incontinencia y los que no presentan enfermedad. Entre las distintas enfermedades estudiadas, sólo entre las mujeres con ACV se observa una mayor frecuencia de IUU respecto a las mujeres sin ACV (tabla 35).

Tabla 35: Distribución de subtipos de IU según antecedente de enfermedad.

Enfermedad		IUE N (%)	IUU N (%)	IUM N (%)	P
	SI	12 (21,1)	15 (26,3)	30 (52,6)	0,159
	NO	49 (28,2)	27 (15,5)	98 (56,3)	
Tipo Enfermedad		IUE N (%)	IUU N (%)	IUM N (%)	P
EPOC					0,520
	SI	3 (30)	3 (30)	4 (40)	
	NO	58 (26,2)	39 (17,6)	124 (56,1)	
Diabetes					0,402
	SI	3 (14,3)	4 (2)	14 (66,6)	
	NO	58 (27,6)	38 (18,1)	114 (54,3)	
ACV					0,039
	SI	0	3 (60)	2 (40)	
	NO	61 (27)	39 (17,3)	126 (55,7)	
Parkinson					0,713
	SI	1 (33,3)	0	2 (66,6)	
	NO	6 (3,4)	42 (24,1)	126 (72,4)	
Tumores					0,170
	SI	7 (26,9)	8 (30,7)	11 (42,3)	
	NO	54 (26,3)	34 (16,6)	117 (57,1)	

5.4 CALIDAD DE VIDA E INCONTINENCIA URINARIA

5.4.1 CALIDAD DE VIDA E INCONTINENCIA URINARIA SEGÚN CUESTIONARIO ICIQ-SF

5.4.1.1. Descriptivo General CV e IU

Tal y como muestra la tabla 36, destaca que en nuestra distribución de incontinentes (N=231) con respecto a la “frecuencia de pérdida”, el 30,7% describe una pérdida de “1 vez por semana”. Le sigue porcentualmente que el 26,8% que tienen pérdidas varias veces al día. Respecto a la cuantía de pérdida son mayoritarias las incontinentes que refieren “muy poca cantidad de pérdida”, seguidas de las que refieren “moderada cantidad de pérdida” (respectivamente un 68% y un 49%). Respecto a la escala analógico/visual de afectación en de IU, destaca que el 20% de las incontinentes (N=46) puntúa más de 6 puntos de severidad de afectación. Más de la mitad de nuestras incontinentes tienen pérdidas al realizar esfuerzos, el 30% refiere pérdidas al dormir y casi de la mitad de nuestras incontinentes tienen pérdidas antes de llegar al servicio.

Tabla 36: Distribución de mujeres incontinentes según los distintos ítems de ICIQ-SF.

ITEMS CUESTINARIO ICIQ-SF	N (%)
Frecuencia Pérdida	
▪ Nunca	11 (4,8)
▪ Una vez por semana	71 (30,7)
▪ 2-3 veces por semana	42 (18,2)
▪ 1 vez al día	28 (12,1)
▪ Varias veces/día	62 (26,8)
▪ Continuamente	17 (7,4)
Opinión pérdida	
▪ Poca cantidad	4 (1,7)
▪ Muy poca cantidad	157 (68)
▪ Moderada cantidad	49 (21,2)
▪ Mucha cantidad	21 (9,1)
Escala analógico-visual*	3 (2; 6)
Escala analógico-visual	
< 5 puntos	134 (58,2)
5-6 puntos	50 (21,8)
>6 puntos	46 (20)
Nunca pierde orina	0
Pierde orina antes de ir al servicio	107 (46,3)
Pérdida al dormir	35 (15,2)
Pérdida al realizar esfuerzo	121 (52,4)
Pérdida al terminar de orinar	39 (16,9)
Sin motivo aparente	30 (13)
Perdidas continuas	12(5,2)
Puntuación total**	9,3 (4,5)

*Datos expresados en mediana (P₂₅; P₇₅)

**Datos expresados en media y desviación estándar

En relación con la CV, la puntuación media según el cuestionario ICIQ-SF (Rango de puntuación 0-21 puntos) fue de 9,3 (DE=4,5) que se corresponde a una influencia en la calidad de vida moderada (cuyo rango corresponde al intervalo entre 7-12 puntos).

Tal y como muestra la tabla 37, si categorizamos la CV según si la afectación es leve, moderada o severa, observamos que entre nuestras incontinentes la afectación en la CV es predominantemente moderada.

Tabla 37: Distribución de las incontinentes según grado de afectación en CV según ICIQ.

Afectación CV	N (%)	P
Afectación Leve	82 (35,5)	0,01
Afectación Moderada	94 (40,7)	
Afectación Severa	55 (23,8)	
Total	231 (100)	

La tabla 38 muestra las puntuaciones medias en CV según ICIQ en cada uno de los estratos de edad considerados. Se observa que las mujeres más jóvenes son las que obtienen menos puntuación (y por tanto mejor CV), respecto a mujeres de mayor edad. Asimismo, las mujeres que obtienen puntuación más alta (mayor afectación en CV), son las mujeres con edades superiores a los 55 años.

Tabla 38: Puntuación media en CV según ICIQ-SF según estratos de edad.

Puntuación CV	Media (DE)	IC 95%	p
EDAD			0,034
<44 años	7,77 (3,8)	6,62-8,93	
45-54 años	9,06 (3,9)	7,61-10,52	
=>55 años	9,74 (4,6)	9,00-10,48	

Al categorizar el grado de afectación de CV y su relación con la edad, se observa cómo las mujeres más jóvenes refieren una afectación sobre todo del orden de leve o moderada. En el caso de mujeres de edad superior a los 44 años, apreciamos que la afectación es sobre todo moderada. La afectación severa es mayor a medida que aumenta la edad, siendo del 28,2% entre >de 55 años, si bien en edades medias es del 19,4% y edades inferiores a 44 años es del 11,4%.

Tabla 39: Afectación en CV ICIQ-SF según estratos etarios estudiados.

	Leve N (%)	Moderada N (%)	Severa N (%)	P
EDAD				0,029
<44 años	20 (45,5)	19 (43,2)	5 (11,4)	
45-54 años	10 (32,3)	15 (48,4)	6 (19,4)	
=>55 años	52 (33,3)	60 (38,5)	44 (28,2)	

Destacar que entre las mujeres incontinentes, es más habitual tener muy poca cantidad de pérdida independientemente de la frecuencia. Así, entre las mujeres que refieren pérdidas de carácter semanal, más del 80% tienen muy poca cantidad de pérdida. De las que refieren pérdidas diarias bien sean de carácter “una vez al día” o “varias veces al día”, la cantidad de pérdida suele ser muy poca (63% y 40% respectivamente). Solo entre las que refieren pérdidas continuadas el porcentaje de mujeres que refieren mucha cuantía asciende al 41%.

Tabla 40: Relación de cuantía de pérdida según la frecuencia de pérdidas.

	CANTIDAD				P
	Muy poca N (%)	Poca N (%)	Moderada N (%)	Mucha N (%)	
Frecuencia de pérdida					<0,0001
Nunca	10 (90,9)	1 (9,1)	0 (0)	0 (0)	
1 vez por semana	63 (88,7)	2 (2,8)	5 (7)	1 (1,4)	
2-3 veces/sem	35 (83,3)	1 (2,4)	5 (11,9)	1 (2,4)	
Una vez/día	18 (63,3)	0 (0)	9 (32,1)	1 (3,6)	
Varias veces/día	25 (40,3)	0 (0)	26 (41,9)	11 (17,7)	
continuamente	6 (35,3)	0 (0)	4 (23,5)	7 (41,2)	

Vemos cómo a medida que la frecuencia de pérdidas es mayor, el porcentaje de mujeres que refieren afectación en calidad de vida del orden de severa es superior. Así entre las mujeres que refieren pérdidas continuadas, el 70,6% refieren afectación en su CV severa. Por su parte, cuando las pérdidas de orina son semanales, la afectación en CV es más bien del orden leve (en las mujeres que refieren pérdidas de 1 vez por semana, el 78,9% refieren afectación leve), o bien moderada (a partir del orden de 2-3 veces/semana de pérdida, son el 69% las que revelan afectación moderada).

Tabla 41: Afectación en CV ICIQ-SF según la frecuencia de pérdidas.

	Leve N (%)	Moderada N (%)	Severa N (%)	P
Frecuencia Pérdida				<0,0001
Nunca	9 (81,8)	2 (18,2)	0 (0)	
1 vez/semana	56 (78,9)	15 (21,1)	0 (0)	
2-3 veces/semana	12 (28,6)	29 (69)	1 (2,4)	
1 vez al día	5 (17,9)	18 (64,3)	5 (17,9)	
Varias veces al día	0 (0)	25 (40,3)	37 (59,7)	
Continuamente	0 (0)	5 (29,4)	12 (70,6)	

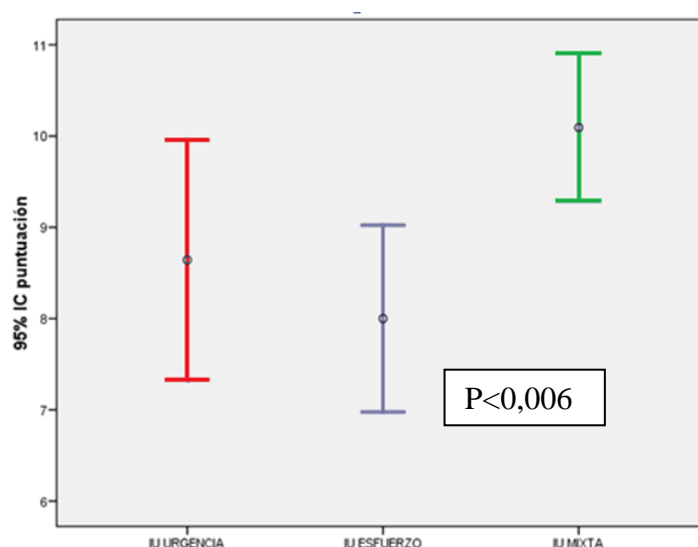
Con respecto a la cuantía de pérdida, las mujeres que refieren una afectación severa son sobre todo son aquellas que tienen mucha cantidad de pérdida (entre todas las mujeres que refieren pérdidas de “muchas cantidad” el 95,2% muestra severa afectación en CV. Por su parte entre las mujeres con menores cuantías de pérdida, la afectación es mayoritariamente leve o moderada.

Tabla 42: Afectación en CV ICIQ-SF según cantidad de pérdida.

	Leve N (%)	Moderada N (%)	Severa N (%)	P
Cuantía de pérdida				<0,0001
Muy poca cantidad	77 (49)	70 (44,6)	10 (6,4)	
Poca cantidad	4 (100)	0 (0)	0 (0)	
Mod. cantidad	1 (2)	23 (46,9)	25 (51)	
Mucha cantidad	0 (0)	1 (4,8)	20 (95,2)	

5.4.1.2. Descriptivo Calidad de Vida por subtipos IU.

Respecto a la puntuación obtenida en las mujeres detectadas con diferentes subtipos de incontinencia tras realización de cuestionario ICIQ SF, se pone de manifiesto tal y como muestra la figura 14 que la puntuación media de afectación es similar entre las mujeres con IUE e IUU. Sin embargo, la puntuación media es superior en las mujeres que fueron detectadas con IUM.

**Figura 14:** Distribución de puntuación media de afectación en CV según subtipos IU.

Los valores de media (DE) e intervalo de confianza (IC) se muestran en tabla 43.

Tabla 43: Puntuación media de afectación de CV según ICIQ-SF.

	Media (DE)	IC 95%	P
Subtipos IU:			<0,006
IUU	8,64 (4,21)	7,33-9,96	
IUE	8,00 (3,99)	6,98-9,02	
IUM	10,09 (4,63)	9,28-10,90	
Total	9,28 (4,48)	8,70-9,86	

Al realizar comparaciones múltiples vemos que las diferencias de medias son estadísticamente significativas entre las incontinentes con IUE e IUM.

Tabla 44: Comparaciones múltiples: nivel de significación.

	IUE	IUM
IUU	0,747	0,155
IUE		0,007

Al fijarnos en la puntuación obtenida categorizada en afectación leve, moderada o severa según subtipos de incontinencia tal y como muestra la tabla X, podemos concluir que entre las mujeres detectadas como IUE, la afectación de CV es en más de la 80% de los casos (N=53), del orden de leve-moderada. Entre las mujeres con IUU la afectación en CV más evidenciada es leve o moderada. Finalmente es entre las mujeres con IUM entre las cuales la afectación en CV es del orden de moderada a severa. Estas diferencias son estadísticamente significativas.

Tabla 45: Distribución de la afectación en CV ICIQ según subtipos de IU.

AFECTACIÓN EN CV ICIQ	IUE N (%)	IUU N (%)	IUM N (%)	P
Leve	28 (34,4)	17 (29,7)	37 (45,2)	0,019
Moderada	25 (26,6)	17 (18)	52 (53,3)	
Severa	8 (14,5)	8 (14,5)	39 (71)	

Podemos fijarnos como vemos en la tabla previa 45 que si bien la IUM es el subtipo de IU más frecuente entre las mujeres incontinentes cualquiera que sea su afectación en la CV, debemos destacar no obstante que los porcentajes de IUE y IUU disminuyen entre las mujeres con mayor afectación en la calidad de vida en favor de las mujeres con IUM cuyo porcentaje aumenta a medida que aumenta la afectación en la CV.

Analizando los ítems valorados en el cuestionario ICIQ-SF y la frecuencia por subtipos IU, se procede a mostrar los resultados obtenidos.

-Respecto al ítem de “Frecuencia de pérdidas” los resultados obtenidos se muestran en la tabla 46 destacando que entre las IUE y las IUU son las pérdidas de “1 vez a la semana” las más frecuentes, mientras que entre las IUM la pérdida “varias veces al día” es la más frecuente. A medida que las pérdidas se hacen más frecuentes el porcentaje de IUM aumenta llegando a ser, entre las que presentan pérdidas continuas, de un 88%. Las pérdidas de menor frecuencia “1 vez semanal”, por su parte tiene mayor relación con IUE (39,4%) y con menor frecuencia IUM (36,3%).

Tabla 46: Distribución subtipos de IU entre ítem Cuestionario SF: frecuencia pérdidas.

Tipo IU	IUE N (%)	IUU N (%)	IUM N (%)	P
Frecuencia Pérdida				0,001
Nunca	3 (27,3)	1 (9,1)	7 (63,3)	
1 vez/semana	28 (39,4)	17 (23,9)	26 (36,6)	
2-3 v/semana	11 (26,2)	8 (19)	23 (54,8)	
1 vez/día	8 (28,6)	6 (21,4)	14 (50)	
Varias veces/día	10 (16,1)	9 (14,5)	43 (69,4)	
Continua	1 (5,9)	1 (5,9)	15 (88,2)	

-Respecto al ítem “opinión de cantidad de pérdida” los resultados obtenidos se muestran en la tabla X. Cualquiera que sea la cantidad perdida, el subtipo IUM es el más frecuente. Destaca que el porcentaje de mujeres con IUE disminuye a medida que mayores son las cuantías de pérdida, de modo que entre las mujeres con mucha cantidad de pérdida solo el 9,5% corresponden a IUE. Fijándonos ahora en la IUU, vemos que si bien los porcentajes se mantienen en torno a un 17-20% según la cantidad de pérdida, destaca no obstante, que sus mayores porcentajes del 28,2% se obtienen entre las mujeres que refieren poca cantidad. Respecto a las mujeres con moderada o mucha cantidad el subtipo más frecuente es la IUM (en torno al 70%).

Tabla 47: Distribución subtipos de IU entre ítem Cuestionario SF: opinión de pérdida.

Opinión de Pérdida	IUE N (%)	IUU N (%)	IUM N (%)	P
Muy Poca Cantidad	50 (31,8)	28 (17,8)	157 (50,3)	
Poca Cantidad	1 (14,3)	2 (28,6)	4 (57,1)	0,04
Moderada Cantidad	8 (16,3)	8 (16,3)	49 (67,3)	
Mucha Cantidad	2 (9,5)	4 (19)	15 (71,4)	

-En el ítem de puntuación en escala analógico visual del test, la puntuación obtenida en las mujeres incontinentes de cuánto influye la IU en su vida valorada con una escala analógico-visual (0 nada, 10 mucho) se muestra en tabla 48. Al fijarnos en estas puntuaciones según los distintos subtipos de IU observamos cómo la puntuación media de IUM es superior a la del resto de subtipos de IU.

Tabla 48: Puntuación Media y Percentiles escala analógico/visual ICIQ-SF por subtipos IU.

	IUE	IUU	IUM
Media	3,69	3,79	4,30
Desviación Típica	2,34	2,34	2,66
Mínimo	1	1	1
Máximo	10	10	10
Percentiles			
25	2	2	2
50	3	3	4
75	5	5,25	6,75

Si nos fijamos ahora en otros ítems valorados en test ICIQ-SF la tabla X muestra resultados obtenidos. Analizando por subtipos de incontinencia es IUM es el subtipo más frecuente en acciones como toser, al realizar un esfuerzo, o sin motivo aparente. El resto de interferencias cualitativas en la calidad de vida según ICIQ-SF no evidencian diferencias estadísticamente significativas por subtipos de IU.

Tabla 49: Distribución subtipos de IU entre ítem Cuestionario ICIQ-SF: Otros.

Otros	IUE N (%)	IUU N (%)	IUM N (%)	P
Pérdida antes de llegar serv	5 (4,6)	31 (28,9)	71 (66,3)	0,978
Pérdida al toser	52 (30,8)	7 (4,1)	110 (65,1)	< 0,001
Pérdida al dormir	1 (2,9)	7 (20)	27 (77,1)	0,099
Pérdida al realizar esfuerzo	42 (34,7)	5 (4,1)	74 (61,2)	< 0,001
Pérdidas al terminar orinar	5(12,8)	6 (15,4)	28 (71,8)	0,090
Sin motivo aparente	3 (10)	4 (13,3)	23 (76,7)	0,048
Pérdidas continuas	1 (8,3)	2 (16,7)	9 (75)	0,332

5.4.2 CALIDAD DE VIDA E INCONTINENCIA URINARIA SEGÚN CUESTIONARIO IIQ

5.4.2.1. Descriptivo General CV e IU.

La puntuación media (DE) según IIQ entre las mujeres con incontinencia (N=230) fue de 18,7 (19,5) puntos IC 95% (16,2-21,2).

La tabla 50 muestra cómo se distribuye la puntuación total del cuestionario IIQ-SF, considerando nula su afectación en CV un 26,1 %. El 73,9% (N=170) de las mujeres con incontinencia muestran algún grado de afectación en su CV, siendo la afectación leve moderada la más frecuente (70%).

Tabla 50: Distribución de las incontinentes según el grado de afectación en CV según IIQ.

AFECTACIÓN EN CV (IIQ)	INCONTINENTES N (%)	P
Nula	60 (26,1)	0,067
Leve(1-29 puntos)	115 (50)	
Moderada (30-59 puntos)	45 (19,6)	
Severa (60-100 puntos)	10 (4,3)	
Total	230 (100)	

Siendo la puntuación media en CV, según rangos de edad, la que se muestra en la tabla 51, no se encuentran diferencias estadísticamente significativas. Tampoco al categorizarla por edad (tabla 52).

Tabla 51: Puntuación media IIQ según grupos de edad.

Puntuación CV	Media (DE)	IC 95%	p
Edad			0,620
<44 años	20,99 (18,80)	15,27-26,71	
45-54 años	19,50 (18,70)	12,64-26,36	
=>55 años	17,88 (19,87)	14,72-21,03	

Tabla 52: Distribución de incontinentes por edad según categoría de afectación CV IIQ.

	Nula	Leve N (%)	Moderada N (%)	Severa N (%)	P
<44 años	9 (20,5)	24 (54,5)	9 (20,5)	2 (4,5)	0,49
45-54 años	10 (32,3)	12 (38,7)	9 (29)	0 (0)	
=>55 años	41 (26,5)	79 (51)	27 (17,4)	8 (5,2)	

En cuanto a cómo se distribuyen las incontinentes en cuanto a la afectación en CV relacionada con frecuencia de pérdida, observamos que mientras las pérdidas son más ocasionales, la afectación en CV según IIQ es frecuentemente de carácter nulo o leve. La consideración de afectación severa aparece con pérdidas de mayor continuidad.

Tabla 53: Distribución grado afectación CV IIQ según frecuencia pérdida.

	Nula	Leve N (%)	Moderada N (%)	Severa N (%)	P
Frecuencia Pérdida					<0,0001
Nunca	9 (81,8)	2 (18,2)	0 (0)	0 (0)	
1 vez/semana	25 (35,2)	38 (53,5)	8 (11,3)	0 (0)	
2-3 veces/semana	10 (23,8)	24 (57,1)	8 (19)	0 (0)	
1 vez al día	5 (17,9)	17 (60,7)	6 (21,4)	0 (0)	
Varias veces al día	11 (18)	29 (47,5)	15 (24,6)	6 (9,8)	
Continuamente	0 (0)	5 (29,4)	8 (47,1)	4 (23,5)	

En cuanto a la afectación en CV IIQ relacionadas con la cantidad de pérdida, la afectación severa son más frecuentes cuanto mayor es la cuantía de pérdida.

Tabla 54: Distribución grado afectación CV IIQ según cuantía de pérdida.

	Nula	Leve N (%)	Moderada N (%)	Severa N (%)	P
Opinión Pérdida					<0,0001
Muy Poca cantidad	51	81 (51,6)	23 (14,6)	2 (1,3)	
Poca cantidad	(32,5)	3 (75)	0 (0)	0 (0)	
Moderada cantidad	1 (25)	26 (53,1)	15 (30,6)	3 (6,1)	
Mucha cantidad	5 (10,2)	5 (25)	7 (35)	5 (25)	
	3 (15)				

Los porcentajes obtenidos en cada uno de los 7 ítems, puntuados entre las mujeres que contestaron dicho cuestionario (N=230) y categorizados en impacto de afectación en la CV

ausente/leve o moderado/severo, se muestra en la tabla 55. No se observan diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 55: Distribución de impacto CV según los distintos ítems de ICIQ.

Variables IIQ-SF	Magnitud de Impacto N (%)		
	Impacto Ausente/Leve	Impacto Moderado/Severo	P
Actividades domésticas	212 (92,2)	18 (7,6)	0,630
Actividades físicas	175 (76)	55 (24)	0,360
Actividades recreativas	199 (86,5)	31 (13,5)	0,500
Capacidad para viajes	182 (79,1)	48 (20,9)	0,120
Actividades Sociales	190 (82,6)	40 (17,4)	0,300
Estado de Ánimo	186 (80,9)	44 (19,1)	0,130
Sentimiento desgraciado	209 (90,9)	21 (9,1)	0,120

*Se detalla cada ítem de la escala, individualmente y agrupados en las 4 subescalas de ésta, según el porcentaje de respuestas obtenidas en las categorías: impacto ausente/impacto leve; impacto moderado/impacto severo

Como puede apreciarse en la tabla 56, analizando cada ítem individualmente vemos que todas las variables analizadas con cuestionario IIQ tienen una influencia mayoritariamente ausente o leve. Dentro de los impactos en la calidad de vida moderado/severo encontramos que los mayores porcentajes se encuentran en las variables “actividad física”, “capacidad para viajes”, “estado de ánimo” y “actividades sociales”.

Tabla 56: Puntuación Media (DE) por subescalas IIQ.

Puntuación CV	Media (DE)
Capacidad para tareas domésticas	0,33 (0,630)
Actividades Físicas	0,79 (0,896)
Actividades Recreativas	0,56 (0,822)
Capacidad para Viajes	0,66 (0,915)
Actividades sociales	0,63 (0,841)
Estado de Ánimo	0,61 (0,893)
Sentirse Desgraciada	0,35 (0,730)

Puede observarse cuál es la media de puntuación de cada una de las escalas según los distintos rangos etarios, tal y como se muestra en la tabla 57.

Tabla 57: Puntuación Media por rangos etarios en cada una de las subescalas IIQ.

Puntuación CV IIQ	Media (DE)	IC 95%	P
Capacidad para tareas domésticas			
<44 años	0,39 (0,72)	0,17-0,61	0,644
45-54 años	0,39 (0,61)	0,16-0,61	
=>55 años	0,30 (0,60)	0,21-0,40	
Actividades Físicas			
<44 años	0,77 (0,83)	0,52-1,03	0,986
45-54 años	0,81 (0,94)	0,46-1,15	
=>55 años	0,79 (0,91)	0,65-0,94	
Actividades Recreativas			
<44 años	0,68 (0,93)	0,40-0,97	0,466
45-54 años	0,61 (0,80)	0,32-0,91	
=>55 años	0,52 (0,79)	0,39-0,64	
Capacidad para Viajes			
<44 años	0,84 (1,05)	0,52-1,16	0,304
45-54 años	0,68 (0,79)	0,39-0,97	
=>55 años	0,60 (0,89)	0,46-0,74	
Actividades sociales			
<44 años	0,73 (0,84)	0,47-0,98	0,674
45-54 años	0,61 (0,80)	0,32-0,91	
=>55 años	0,60 (0,85)	0,47-0,73	
Estado de Ánimo			
<44 años	0,80 (1,06)	0,47-1,12	0,246
45-54 años	0,68 (0,74)	0,40-0,95	
=>55 años	0,55 (0,86)	0,41-0,69	
Sentirse Desgraciada			
<44 años	0,20 (0,59)	0,02-0,39	0,312
45-54 años	0,32 (0,70)	0,07-0,58	
=>55 años	0,39 (0,76)	0,06-0,27	

Tabla 58: Grado de afectación según cantidad y frecuencia de pérdidas por subescalas

	Nada N (%)	Leve N (%)	Moderada N (%)	Severa N (%)
Capacidad para tareas domésticas				
Nunca	10 (90,9)	1 (9,1)	0 (0)	0 (0)
1 vez/sema	59 (83,1)	11 (15,5)	1 (1,4)	0 (0)
2-3 v/sem	36 (85,7)	6 (14,3)	0 (0)	0 (0)
1vez/día	20 (71,4)	6 (21,4)	2 (7,1)	0 (0)
Varias Veces/día	37 (60,7)	13 (21,3)	11 (18)	0 (0)
Continuamente	11 (64,7)	2 (11,6)	3 (17,6)	1 (5,9)
Actividades Físicas				
Nunca	10 (90,9)	1 (9,1)	0 (0)	0 (0)
1 vez/sema	44 (62)	20 (28,2)	6 (8,5)	1 (1,4)
2-3 v/sem	22 (54,4)	11 (26,2)	8 (19)	1 (2,4)
1vez/día	11 (39,3)	10 (35,7)	7 (25)	0 (0)
Varias Veces/día	22 (36,1)	16 (26,2)	20 (32,8)	3 (4,9)
Continuamente	3 (17,6)	5 (29,4)	5 (29,4)	4 (23,5)
Actividades Recreativas				
Nunca	11 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
1 vez/sema	49 (69)	17 (23,9)	5 (7)	0 (0)
2-3 v/sem	26 (61,9)	11 (26,2)	4 (9,5)	1 (2,4)
1vez/día	18 (64,3)	9 (32,1)	1 (3,6)	0 (0)
Varias Veces/día	31 (50,8)	17 (27,9)	6 (9,8)	7 (11,5)
Continuamente	6 (35,3)	4 (23,5)	6 (35,3)	1 (5,9)
Capacidad para viajes				
Nunca	9 (81,8)	2 (18,2)	0 (0)	0 (0)
1 vez/sema	52 (73,2)	10 (14,1)	9 (12,7)	0 (0)
2-3 v/sem	22 (52,4)	12 (28,6)	6 (14,3)	2 (4,8)
1vez/día	18 (64,3)	5 (17,9)	5 (17,9)	0 (0)
Varias Veces/día	29 (47,5)	12 (19,7)	13 (21,3)	7 (11,5)
Continuamente	8 (47,1)	3 (17,6)	4 (23,5)	2 (11,8)
Actividades Sociales				
Nunca	10 (90,9)	1 (9,1)	0 (0)	0 (0)
1 vez/sema	47 (66,2)	19 (26,8)	5 (7)	0 (0)
2-3 v/sem	25 (59,5)	14 (33,3)	3 (7,1)	0 (0)
1vez/día	17 (60,7)	6 (21,4)	5 (17,9)	0 (0)
Varias Veces/día	30 (49,2)	17 (27,9)	11 (18)	3 (4,9)
Continuamente	4 (23,5)	0 (0)	9 (52,9)	4 (23,5)
Depresión				
Nunca	11 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
1 vez/sema	53 (74,6)	13 (18,3)	3 (4,2)	2 (2,6)
2-3 v/sem	20 (47,6)	15 (35,7)	5 (11,9)	2 (4,8)
1vez/día	16 (57,1)	4 (14,3)	7 (25)	1 (3,6)
Varias Veces/día	39 (63,9)	7 (11,5)	12 (19,7)	3 (4,9)
Continuamente	4 (23,5)	4 (23,5)	7 (41,2)	2 (11,8)
Sentirse Desgraciado				
Nunca	11 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
1 vez/sema	61 (85,9)	8 (11,3)	1 (1,4)	1 (1,4)
2-3 v/sem	34 (81)	7 (16,7)	1 (2,4)	0 (0)
1vez/día	20 (71,4)	5 (17,9)	2 (7,1)	1 (3,6)
Varias Veces/día	45 (73,8)	6 (9,8)	7 (11,5)	3 (4,9)
Continuamente	7 (41,2)	5 (29,4)	3 (17,6)	2 (11,8)

Tabla 59: Distribución afectación en CV IIQ según cantidad de pérdidas en cada esfera.

	Nada N (%)	Leve N (%)	Moderada N (%)	Severa N (%)
Capacidad tareas domésticas				
Poca Cantidad	4 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Muy Poca Cantidad	124 (79)	29 (18,5)	4 (2,5)	0 (0)
Moderada	32 (65,3)	8 (16,3)	8 (16,3)	1 (2)
Mucha	13 (65)	2 (10)	5 (25)	0 (0)
Actividades Físicas				
Poca Cantidad	3 (75)	1 (25)	0 (0)	0 (0)
Muy Poca Cantidad	87 (55,4)	43 (27,4)	23 (14,6)	4 (2,5)
Moderada	15 (30,6)	16 (32,7)	16 (32,7)	2 (4,1)
Mucha	7 (35)	3 (15)	7 (35)	3 (15)
Actividades Recreativas				
Poca Cantidad	4 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Muy Poca Cantidad	102 (65)	42 (26,8)	12 (24,5)	4 (20)
Moderada	27 (55,1)	12 (24,5)	5 (10,2)	5 (10,2)
Mucha	8 (40)	4 (20)	7 (35)	1 (5)
Capacidad para viajes				
Poca Cantidad	3 (75)	1 (25)	0 (0)	0 (0)
Muy Poca Cantidad	102 (65)	32 (20,4)	20 (12,7)	3 (1,9)
Moderada	26 (53,1)	9 (18,4)	11 (22,4)	3 (6,1)
Mucha	7 (35)	2 (10)	6 (30)	5 (25)
Actividades Sociales				
Poca Cantidad	3 (75)	1 (25)	0 (0)	0 (0)
Muy Poca Cantidad	102 (65)	37 (23,6)	18 (11,5)	0 (0)
Moderada	19 (38,8)	17 (34,7)	8 (16,3)	5 (10,2)
Mucha	9 (45)	2 (10)	7 (35)	2 (10)
Depresión				
Poca Cantidad	3 (75)	1 (25)	0 (0)	0 (0)
Muy Poca Cantidad	104 (66,2)	32 (20,4)	17 (10,8)	4 (2,5)
Moderada	26 (53,1)	8 (16,3)	11 (22,4)	4 (8,2)
Mucha	10 (50)	2 (10)	6 (30)	2 (10)
Sentirse Desgraciado				
Poca Cantidad	3 (75)	1 (25)	0 (0)	0 (0)
Muy Poca Cantidad	131 (83,4)	19 (12,1)	5 (3,2)	2 (1,3)
Moderada	33 (67,3)	9 (18,4)	4 (8,2)	3 (6,1)
Mucha	11 (55)	2 (10)	5 (25)	2 (10)

5.4.2.2 Descriptivo Calidad de Vida por subtipos IU

Respecto a la puntuación obtenida en las mujeres detectadas con diferentes subtipos de incontinencia tras realización de cuestionario IIQ, se pone de manifiesto que no existen diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones obtenidas según subtipos IU.

Tabla 60: Puntuación media de Afectación de CV según IIQ.

	Media (DE)	IC 95%	P
Subtipo IU			0,184
IUU	17,68 (20,64)	11,25-24,12	
IUE	15,22 (15,83)	11,16-19,27	
IUM	20,69 (20,52)	17,09-24,03	
Total	18,69 (19,47)	16,16-21,22	

Al fijarnos en la puntuación obtenida categorizada en afectación leve, moderada o severa según subtipos de incontinencia tal y como muestra la tabla 61. Entre las mujeres con afectación CV leve-moderada son más frecuentes los subtipos IUE e IUM, ahora bien en mujeres con afectación moderada-severa son más frecuentes los subtipos IUU e IUM (estos datos se encuentran al límite de la significación estadística).

Destaca que entre las mujeres con afectación en CV severa la mayoría corresponde a IUM y solo un 20% a IUU. Entre las IUE no existe afectación severa en calidad de vida.

Tabla 61: Distribución de los subtipos de IU según el grado de afectación en CV según IIQ.

AFECTACIÓN EN CALIDAD VIDA	IUE N (%)	IUU N (%)	IUM N (%)	P
Nula	22 (36,6)	13 (21,6)	25 (41,6)	0,232
Leve	25 (21,7)	18 (15,6)	72 (62,6)	
Moderada	14 (31,1)	9 (20)	22 (48,9)	
Severa	0 (0)	2 (20)	8 (80)	

En la tabla 62 vemos que no existen diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones medias por esferas de cuestionario IIQ y subtipos de incontinencia.

Tabla 62: Puntuación media e IC de cada esfera CV IIQ por subtipos de incontinencia.

	IUU		IUE		IUM		p
	X (DE)	IC 95%	X (DE)	IC 95%	X (DE)	IC 95%	
Puntuación total	17,7 (20,6)	11,25-24,12	15,2 (15,8)	11,16-19,27	20,7 (20,5)	17,09-24,03	0,184
Esfera Tareas domésticas	0,17 (0,44)	0,03-0,30	0,33 (0,63)	0,17-0,49	0,39 (0,68)	0,27-0,51	0,148
Esfera Actividades Físicas	0,69 (0,95)	0,39-0,99	0,69 (0,85)	0,21-0,54	0,87 (0,90)	0,72-1,03	0,300
Esfera Actividades Recreativas	0,64 (0,88)	0,37-0,92	0,38 (0,64)	0,21-0,54	0,62 (0,87)	0,47-0,78	0,124
Esfera Capacidad viajes	0,74 (1,01)	0,42-1,05	0,43 (0,64)	0,26-0,59	0,74 (0,98)	0,57-0,91	0,072
Esfera Actividades Sociales	0,71 (0,89)	0,44-0,99	0,43 (0,67)	0,25-0,60	0,69 (0,88)	0,54-0,85	0,094
Esfera Estado de ánimo bajo	0,52 (0,94)	0,23-0,82	0,61 (0,78)	0,41-0,81	0,65 (0,93)	0,48-0,81	0,745
Esfera Sentirse Desgraciado	0,24 (0,62)	0,05-0,43	0,34 (0,63)	0,18-0,51	0,39 (0,81)	0,24-0,53	0,526

Si analizamos por cada esfera la afectación de la calidad de vida categorizada, según los tipos de incontinencia (ver tabla 63), no encontramos diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 63: Distribución de subtipos IU según grado de afectación en CV.

	IUE N (%)	IUU N (%)	IUM N (%)	P
Capacidad para tareas Domésticas				
Nula				0,633
Leve	46 (26,5)	36 (20,8)	91 (52,6)	
Moderada	10 (25,6)	5 (12,8)	24 (61,5)	
Severa	5 (29,4)	1 (5,88)	11 (64,7)	
	0	0	1 (100)	
Actividades Físicas				0,364
Nula	33 (29,4)	25 (22,3)	54 (48,2)	
Leve	15 (23,8)	7 (11,1)	41 (65,1)	
Moderada	12 (26,1)	8 (17,4)	26 (56,5)	
Severa	1 (11,1)	2 (22,2)	6 (66,6)	
Actividad Recreativa				0,505
Nula	43 (30,5)	24 (17)	74 (52,5)	
Leve	13 (22,4)	11 (19)	34 (58,6)	
Moderada	5 (22,7)	5 (22,7)	12 (54,5)	
Severa	0	2 (22,2)	7 (77,7)	
Capacidad para viajes				0,124
Nula	40 (29)	25 (18,1)	73 (52,9)	
Leve	16 (36,4)	6 (13,6)	22 (50)	
Moderada	5 (13,5)	8 (21,6)	24 (64,9)	
Severa	0	3 (27,3)	8 (72,7)	
Actividades Sociales				0,305
Nula	41 (30,8)	23 (17,3)	133 (51,9)	
Leve	14 (24,6)	9 (15,8)	57 (59,6)	
Moderada	6 (18,2)	9 (27,3)	33 (54,5)	
Severa	0	1 (14,3)	7 (85,7)	
Estado de Ánimo				
Nula	34 (23,7)	30 (21)	79 (55,2)	0,138
Leve	18 (41,9)	5 (11,6)	20 (46,51)	
Moderada	8 (23,5)	4 (11,8)	22 (64,7)	
Severa	1 (10)	3 (30)	6 (60)	
Sentirse Desgraciada/Frustrada				
Nula	44 (24,7)	35 (19,6)	99 (71,4)	0,125
Leve	14 (45,2)	5 (16,1)	12 (38,7)	
Moderada	2 (14,3)	1 (7,1)	11 (78,6)	
Severa	1 (14,3)	1 (14,3)	5 (3,9)	

5.4.3 CORRELACIÓN PUNTUACIÓN CV ICIQ-SF e IIQ

Como vemos en la figura 15 existe una adecuada correlación lineal entre la puntuación obtenida con cuestionario de CV ICIQ-SF y el cuestionario CV IIQ.

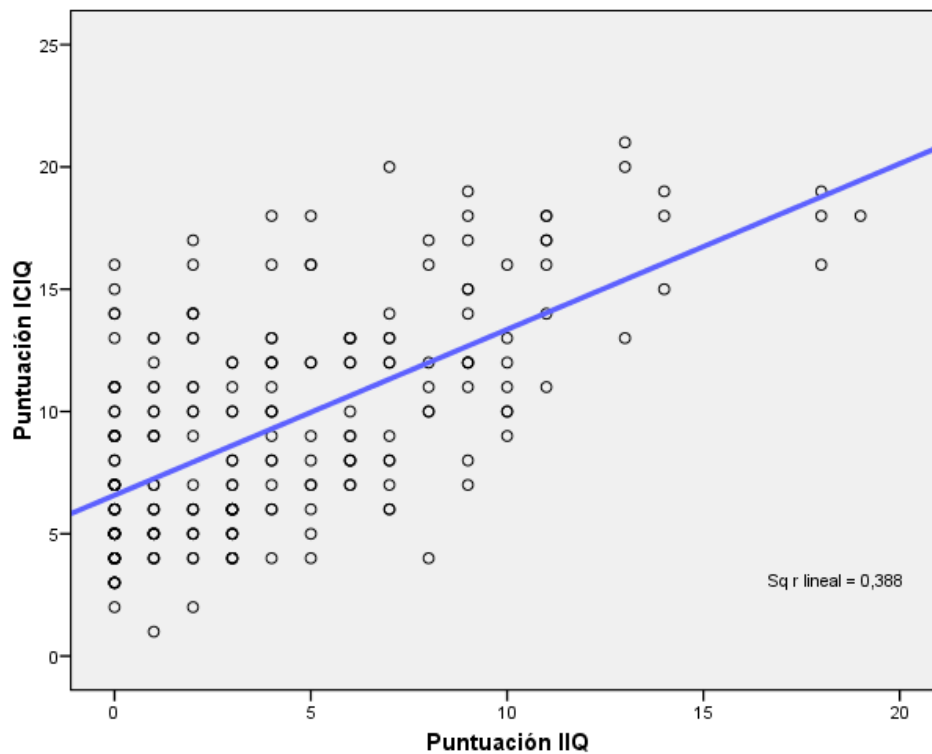


Figura 15: Correlación entre cuestionarios ICIQ-SF y cuestionario IIQ.

5.4.4. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA CALIDAD DE VIDA

5.4.4.1. Análisis Univariado: Factores sociodemográficos y CV

• SEGÚN ICIQ-SF

La variable nivel de estudios es la que más se relaciona con el grado de afectación ICIQ-SF, de modo que es entre las mujeres con niveles de formación más bajos entre las que encontramos mayores niveles de severidad en su afectación en CV, mientras que en los niveles de formación superiores las mujeres que muestran severidad en su afectación de CV son menores. Estas diferencias son estadísticamente significativas.

No hallamos diferencias estadísticamente significativas en el grado de afectación en CV según ICIQ-SF y las categorías de edad, ni con el estado civil. Respecto a la nacionalidad tampoco se encuentran diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 64: Distribución de variables sociodemográficas según grado afectación CV (ICIQ).

Tabla 6-4. Distribución de variables sociodemográficas según grado de afectación CV (relq).				
Variables Sociodem	CV leve N (%)	CV moderada N (%)	CV Severa N (%)	P
Edad				
<44	20 (45,4)	19 (43,2)	5 (11,4)	0,150
45-54	10 (32,2)	15 (48,4)	6 (19,4)	
>= 55	52 (33,3)	60 (38,5)	44 (28,2)	
Estado Civil				
Soltera	12 (52,2)	9 (39,1)	2 (8,7)	0,440
Separada	8 (34,8)	9 (39,1)	6 (26,1)	
Conviviente/casada	49 (33,3)	63 (42,9)	35 (23,8)	
Viuda	13 (34,2)	13 (34,2)	12 (31,6)	
Nivel de Estudios				
No posee	5 (13,5)	18 (48,6)	14 (37,8)	0,030
Básicos	66 (38,4)	67 (39)	39 (22,7)	
Diplomatura	7 (43,8)	7 (43,8)	2 (12,5)	
Licenciatura	4 (4)	2 (2)	0 (0)	
Nacionalidad				
Española	72 (36,4)	78 (39,4)	48 (24,2)	0,660
Extranjera	9 (31)	14 (48,3)	6 (20,7)	

• SEGÚN IIQ-SF

No se observan diferencias estadísticamente significativas según las variables sociodemográficas estudiadas y el grado de afectación en CV según IIQ, tal y como se observa en la tabla 65.

Tabla 65: Distribución de variables sociodemográficas según grado afectación en CV.

Variables	CV Nula N (%)	CV leve N (%)	CV moderada N (%)	CV Severa N (%)	P
Edad					
<44	9 (20,5)	24 (54,5)	9 (20,5)	2 (4,5)	0,49
45-54	10 (32,3)	12 (38,7)	9 (29)	0	
>= 55	41 (26,5)	79 (51)	27 (17,4)	8 (5,2)	
Estado Civil					
Soltera	6 (26,1)	11 (47,8)	5 (21,7)	1 (4,3)	0,591
Separada	6 (27,3)	10 (45,5)	6 (27,3)	0	
Conviviente/casada	41 (27,9)	76 (51,7)	25 (17)	5 (3,4)	
Viuda	7 (18,4)	18 (47,4)	9 (23,7)	4 (10,5)	
Nivel Estudios					
No posee	3 (8,1)	21 (56,8)	9 (24,3)	4 (10,8)	0,130
Básicos	48 (28,1)	86 (50,3)	31 (18,1)	6 (3,5)	
Diplomatura	6 (37,5)	6 (37,5)	4 (25)	0	
Licenciatura	3 (50)	2 (33,3)	1 (16,7)	0	
Nacionalidad					
Española	56 (28,3)	94 (47,5)	39 (19,7)	9 (4,5)	0,347
Extranjera	4 (14,3)	18 (64,3)	5 (17,9)	1 (3,6)	

Con respecto a las puntuaciones medias obtenidas entre las distintas categorías de estado civil en las distintas esferas, vemos que la esfera de “sentirse desgraciado” es la más puntuada entre las viudas incontinentes con respecto al resto de estados civiles, siendo estas diferencias estadísticamente significativas.

A continuación se muestran las puntuaciones medias obtenidas por cada esfera de afectación según estado civil.

Tabla 66: Puntuación Media IIQ Esferas IIQ según estado civil.

Tareas Domésticas	N	Media (DE)	IC 95%	P
				0,950
Soltera	23	0,26 (0,689)	0,04-0,56	
Separada	22	0,36 (0,658)	0,07-0,66	
Conviviente/casada	147	0,33 (0,634)	0,23-0,44	
Viuda	38	0,34 (0,582)	0,15-0,53	
Total	230	0,33 (0,630)	0,25-0,41	
Actividades Físicas	N	Media (DE)	IC 95%	P
				0,881
Soltera	23	0,74 (0,915)	0,34-1,13	
Separada	22	0,91 (0,921)	0,50-1,32	
Conviviente/casada	147	0,77 (0,869)	0,63-0,91	
Viuda	38	0,84 (1,001)	0,51-1,17	
Total	230	0,79 (0,896)	0,67-0,91	

Actividad Recreativa	N	Media (DE)	IC 95%	P
				0,076
Soltera	23	0,78 (0,951)	0,37-1,19	
Separada	22	0,68 (0,780)	0,34-1,03	
Conviviente/casada	147	0,46 (0,770)	0,33-0,58	
Viuda	38	0,76 (0,953)	0,46-1,06	
Total	230	0,56 (0,822)	0,67-0,91	
Capacidad Viajes	N	Media (DE)	IC 95%	P
				0,261
Soltera	23	0,91 (1,041)	0,46-1,36	
Separada	22	0,55 (0,671)	0,25-0,84	
Conviviente/casada	147	0,59 (0,897)	0,45-0,74	
Viuda	38	0,82 (1,010)	0,48-1,15	
Total	230	0,66 (0,915)	0,54-0,78	
Actividad Social	N	Media (DE)	IC 95%	P
				0,167
Soltera	23	0,61 (0,839)	0,25-0,97	
Separada	22	0,82 (0,907)	0,42-1,22	
Conviviente/casada	147	0,54 (0,804)	0,41-0,68	
Viuda	38	0,84 (0,916)	0,54-1,14	
Total	230	0,63 (0,841)	0,52-0,74	
Estado Ánimo	N	Media (DE)	IC 95%	P
				0,471
Soltera	23	0,61 (0,941)	0,20-1,02	
Separada	22	0,64 (0,902)	0,24-1,04	
Conviviente/casada	147	0,56 (0,861)	0,42-0,70	
Viuda	38	0,82 (0,982)	0,49-1,14	
Total	230	0,61 (0,893)	0,50-0,73	
Sentirse Desgraciado	N	Media (DE)	IC 95%	P
				0,019
Soltera	23	0,04 (0,209)	-0,05-0,13	
Separada	22	0,32 (0,646)	0,03-0,60	
Conviviente/casada	147	0,33 (0,723)	0,21-0,44	
Viuda	38	0,63 (0,913)	0,33-0,93	
Total	230	0,35 (0,730)	0,25-0,44	

En cuanto a las puntuaciones obtenidas en el nivel de afectación en CV IIQ por esferas según nivel de estudios, es en las esferas de actividades recreativas y de sentimiento desgraciado en las que las mujeres con bajos niveles de formación obtienen mayores puntuaciones con respecto a las mujeres con niveles de formación elevados (siendo estas diferencias estadísticamente significativas).

Tabla 67: Puntuación Media Esferas IIQ según nivel de estudios.

Actividades Domésticas	N	Media (DE)	IC 95%	P
				0,168
No posee	37	0,38 (0,758)	0,13-0,63	
Básicos	171	0,36 (0,629)	0,26-0,45	
Diplomatura	16	0,06 (0,250)	-0,7-0,20	
Licenciatura	6	0,00 (0,00)	0,00-0,00	
Total	230	0,33 (0,630)	0,25-0,41	
Actividades Físicas	N	Media (DE)	IC 95%	P
				0,190
No posee	37	1,08 (0,954)	0,76-1,40	
Básicos	171	0,73 (0,866)	0,60-0,86	
Diplomatura	16	0,81 (1,047)	0,25-1,37	
Licenciatura	6	0,67 (0,816)	-0,19-1,52	
Total	230	0,79 (0,896)	0,67-0,91	
Actividades Recreativas	N	Media (DE)	IC 95%	P
				0,037
No posee	37	0,89 (0,906)	0,59-1,19	
Básicos	171	0,47 (0,785)	0,36-0,59	
Diplomatura	16	0,69 (0,873)	0,22-1,15	
Licenciatura	6	0,67 (0,816)	-0,19-1,52	
Total	230	0,56 (0,822)	0,45-0,67	
Capacidad Viajes	N	Media (DE)	IC 95%	P
				0,647
No posee	37	0,81 (1,023)	0,47-1,15	
Básicos	171	0,62 (0,895)	0,48-0,76	
Diplomatura	16	0,75 (0,931)	0,25-1,25	
Licenciatura	6	0,50 (0,837)	-0,38-1,38	
Total	230	0,66 (0,915)	0,54-0,78	
Sociales	N	Media (DE)	IC 95%	P
				0,116
No posee	37	0,92 (1,038)	0,57-1,26	
Básicos	171	0,57 (0,789)	0,45-0,69	
Diplomatura	16	0,63 (0,885)	0,15-1,10	
Licenciatura	6	0,33 (0,516)	-0,21-0,88	
Total	230	0,63 (0,841)	0,52-0,74	
Ánimo	N	Media (DE)	IC 95%	P
				0,189
No posee	37	0,86 (1,032)	0,52-1,21	
Básicos	171	0,59 (0,865)	0,46-0,72	
Diplomatura	16	0,38 (0,806)	-0,5-0,80	
Licenciatura	6	0,33 (0,816)	-0,52-1,19	
Total	230	0,61 (0,893)	0,50-0,73	
Desgraciado	N	Media (DE)	IC 95%	P
				0,043
No posee	37	0,59 (0,927)	0,29-0,90	
Básicos	171	0,33 (0,711)	0,23-0,44	
Diplomatura	16	0,06 (0,250)	-0,07-0,20	
Licenciatura	6	0,00 (0,00)	0,00-0,00	
Total	230	0,35 (0,048)	0,25-0,44	

5.4.4.2. Factores de Riesgo antropométricos

- Índice de Masa Corporal:

• SEGÚN ICIQ-SF

Respecto al IMC y grado de afectación en CV según ICIQ, no se objetivan diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 68: Distribución de la afectación en CV según categorías de IMC.

IMC	CV leve N (%)	CV moderada N (%)	CV Severa N (%)	P
Peso insuficiente	2 (40)	2 (40)	1 (20)	0,786
Normopeso	28 (41,2)	29 (42,6)	11 (16,2)	
Sobrepeso grado 1,2, obesidad 1	19 (44,2)	13 (30,2)	11 (25,6)	
Obesidad grado 2 o >	33 (28,9)	50 (43,9)	31 (27,2)	

• SEGÚN IIQ-SF

Tampoco se evidencian diferencias estadísticamente significativas con respecto al IMC y al grado de afectación en CV según IIQ.

Tabla 69: Distribución de la afectación en CV según categorías de IMC.

IMC	CV Nula N (%)	CV leve N (%)	CV Moderada N (%)	CV Severa N (%)	P
Peso insuficiente	0 (0)	4 (80)	0 (0)	1 (20)	0,381
Normopeso	23 (34,3)	30 (44,8)	12 (17,9)	2 (3)	
Sobrepeso grado 1,2, obesi 1	11 (25,6)	23 (53,5)	7 (16,3)	2 (4,7)	
Obesidad grado 2 o >	26 (22,8)	58 (50,9)	25 (21,9)	5 (4,4)	

Las puntuaciones medias objetivadas con IIQ, por esferas y en función de las distintas categorías de IMC no revelan diferencias estadísticamente significativas (ver tabla 70).

Tabla 70: Puntuación Media IIQ Esferas IIQ según nivel de IMC.

Actividad Doméstica	N	Media (DE)	IC 95%	P
				0,313
Peso insu	5	0,40 (0,548)	-0,28-1,08	
Normopeso	67	0,24 (0,495)	0,12-0,36	
Sobrep	43	0,47 (0,797)	0,22-0,71	
1,2/obesidad1	114	0,32 (0,614)	0,20-0,43	
Obesidad 2 o mas	229	0,32(0,622)	0,24-0,40	
Actividad Física	N	Media (DE)	IC 95%	P
				0,701
Peso insu	5	0,60 (0,894)	-0,51-1,71	
Normopeso	67	0,70 (0,921)	0,48-0,93	
Sobrep	43	0,77 (0,841)	0,51-1,03	
1,2/obesidad1	114	0,85 (0,905)	0,68-0,1,02	
Obesidad 2 o mas	229	0,79 (0,895)	0,67-0,90	
Actividad Recreat	N	Media (DE)	IC 95%	P
				0,355
Peso insu	5	1,20 (1,095)	-0,16-2,56	
Normopeso	67	0,54 (0,745)	0,36-0,72	
Sobrep	43	0,51 (0,856)	0,25-0,77	
1,2/obesidad1	114	0,55 (0,832)	0,40-0,71	
Obesidad 2 o mas	229	0,55 (0,818)	0,45-0,66	
Viajes	N	Media (DE)	IC 95%	P
				0,671
Peso insu	5	1,00 (1,225)	-0,52-2,52	
Normopeso	67	0,66 (0,914)	0,43-0,88	
Sobrep	43	0,53 (0,827)	0,28-0,79	
1,2/obesidad1	114	0,68 (0,944)	0,51-0,86	
Obesidad 2 o mas	229	0,66 (0,917)	0,54-0,77	
Social	N	Media (DE)	IC 95%	P
				0,540
Peso insu	5	1,00 (1,000)	-0,24-2,24	
Normopeso	67	0,55 (0,784)	0,36-0,74	
Sobrep	43	0,56 (0,796)	0,31-0,80	
1,2/obesidad1	114	0,68 (0,887)	0,51-0,84	
Obesidad 2 o mas	229	0,62 (0,842)	0,51-0,73	
Ánimo	N	Media (DE)	IC 95%	P
				0,718
Peso insu	5	0,80 (0,837)	-0,24-1,84	
Normopeso	67	0,57 (0,925)	0,34-0,79	
Sobrep	43	0,51 (0,736)	0,29-0,74	
1,2/obesidad1	114	0,67 (0,938)	0,49-0,84	
Obesidad 2 o mas	229	0,61 (0,894)	0,49-0,73	
Sentir desgracia	N	Media (DE)	IC 95%	P
				0,994
Peso insu	5	0,40 (0,548)	-0,28-1,08	
Normopeso	67	0,34 (0,808)	0,15-0,54	
Sobrep	43	0,37 (0,655)	0,17-0,57	
1,2/obesidad1	114	0,34 (0,727)	0,21-0,48	
Obesidad 2 o mas	229	0,35 (0,732)	0,25-0,44	

5.4.4.3. Factores de Riesgo gineco-obstétricos

• SEGÚN ICIQ-SF

Según los resultados obtenidos no existe relación entre factores gineco-obstétricos y afectación en CV detectada con ICIQ.

Tabla 71: Distribución afectación CV entre las mujeres con/sin antecedente menopausia.

		CV leve N (%)	CV moderada N (%)	CV Severa N (%)	TOTAL N (%)	P
Menopausia						0,396
	SI	57 (34,8)	64 (39)	43 (26,2)	164 (100)	
	NO	25 (37,3)	30 (44,8)	12 (17,9)	67 (100)	
	TOTAL	82 (35,5)	94 (40,7)	55 (23,8)	231 (100)	
Cir. Ginecológica						0,867
	SI	33 (35,1)	40 (42,6)	21 (22,3)	94 (100)	
	NO	49 (35,8)	54 (39,4)	34 (24,8)	137 (100)	
	TOTAL	82 (35,5)	94 (40,7)	55 (23,8)	231 (100)	
Legrado						0,400
	SI	5 (25)	8 (40)	7 (35)	20 (100)	
	NO	77 (36,5)	86 (40,8)	48 (22,7)	211 (100)	
	TOTAL	82 (35,5)	94 (40,7)	55 (23,8)	231 (100)	
Histerectomía						0,132
	SI	3 (15)	11 (55)	6 (30)	20 (100)	
	NO	79 (37,4)	83 (39,3)	49 (23,2)	211 (100)	
	TOTAL	82 (35,5)	94 (40,7)	55 (23,8)	231 (100)	
Prolapso						0,770
	SI	4 (40)	3 (30)	3 (30)	10 (100)	
	NO	78 (35,3)	91 (41,2)	52 (23,5)	221 (100)	
	TOTAL	82 (35,5)	94 (40,7)	55 (23,8)	231 (100)	
Cesárea						0,517
	SI	13 (41,9)	13 (41,9)	5 (16,1)	31 (100)	
	NO	69 (34,5)	81 (40,5)	50 (25)	200 (100)	
	TOTAL	82 (35,5)	94 (40,7)	55 (23,8)	231 (100)	
Partos vaginales						0,954
	SI	71 (35)	83 (41)	49 (24)	203 (100)	
	NO	11 (39,3)	11 (39,3)	6 (21,4)	28(100)	
	TOTAL	82 (35,5)	94 (40,7)	55 (23,8)	231 (100)	

• SEGÚN IIQ

Del total de incontinentes en las que se usó el IIQ (N=230) podemos mostrar resultados en los que vemos que el factor más relacionado con la CV es el antecedente de prolapso. De

este modo entre las mujeres que refieren afectación severa el porcentaje de prolapso es mucho mayor (20%), con respecto de aquellas sin dicho antecedente (3,6%).

Ninguno de los restantes factores gineco-obstétricos se relaciona con la CV según IIQ.

Tabla 72: Distribución afectación CV entre las mujeres con/sin antecedente menopausia.

	CV Nula N (%)	CV leve N (%)	CV moderada N (%)	CV Severa N (%)	TOTAL N (%)	p
Menopausia						
Si	44 (27)	80 (49,1)	31 (19)	8 (4,9)	163 (100)	0,850
NO	16 (23,9)	35 (52,2)	14 (20,9)	2 (3)	67 (100)	
TOTAL	60 (26,1)	115 (50)	45 (19,6)	10 (4,3)	230 (100)	
Cirugía Gine.						0,240
Si	30 (32,3)	40 (43)	18 (19,4)	5 (5,4)	93 (100)	0,240
NO	30 (21,9)	75 (54,7)	27 (19,7)	5 (3,6)	137 (100)	
TOTAL	60 (26,1)	115 (50)	45 (19,6)	10 (4,3)	230 (100)	
Legrado						0,700
Si	6 (31,6)	10 (52,6)	3 (15,8)	0 (0)	19 (100)	0,700
NO	54 (25,6)	105 (49,8)	42 (19,9)	10 (4,7)	211 (100)	
TOTAL	60 (26,1)	115 (50)	45 (19,6)	10 (4,3)	230 (100)	
Histerect.						0,130
Si	8 (40)	5 (25)	6 (30)	1 (5)	20 (100)	0,130
No	54 (25,6)	105 (49,8)	42 (19,9)	10 (4,7)	210 (100)	
Total	60 (26,1)	115 (50)	45 (19,6)	10 (4,3)	230 (100)	
Cesárea						0,490
Si	8 (26,7)	18 (60)	3 (10)	1 (3,3)	30 (100)	0,490
NO	52 (26)	97 (48,5)	42 (21)	9 (4,5)	200(100)	
TOTAL	60 (26,1)	115 (50)	45 (19,6)	10 (4,3)	230 (100)	
Partos						0,210
Si	51 (25,2)	106 (52,5)	37 (18,3)	8 (4)	202 (100)	0,210
NO	9 (32,1)	9 (32,1)	8 (28,6)	2 (7,1)	28(100)	
TOTAL	60 (26,1)	115 (50)	45 (19,6)	10 (4,3)	230 (100)	
Prolapso						0,050
Si	1 (10)	4 (40)	3 (30)	2 (20)	10 (100)	0,050
NO	59 (26,8)	111 (50,5)	42 (19,1)	8 (3,6)	220 (100)	
TOTAL	60 (26,1)	115 (50)	45 (19,6)	10 (4,3)	230 (100)	

Se procede a mostrar los resultados cuantitativos respecto a las puntuaciones obtenidas por esferas de CV IIQ de los distintos de factores de riesgo gineco-obstétricos, y la comparación entre las mujeres con y sin dichos antecedentes, respecto a la CV.

Entre las mujeres con antecedente de menopausia, legrado, cesárea y parto no existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a las puntuaciones medias obtenidas en cada una de las esferas de CV según IIQ (tablas 73-79). Observamos cómo entre las mujeres

incontinentes con antecedente de histerectomía, se puntúa de media más con respecto a las que no presentan dicho antecedente en las esferas de sentirse desgraciada. Los resultados respecto al antecedente de prolapso muestran como en cualquiera de las esferas la puntuación media es mayor entre las mujeres con dicho antecedente si bien son diferencias estadísticamente significativas en las esferas de actividades recreativas, viajes, sociales, estado de ánimo y sentirse desgraciada.

Tabla 73: Puntuación media por esferas IIQ entre mujeres con/sin FR menopausia.

A. Domésticas	N	Media (DE)	IC 95%	P
Menopausia				0,511
Si	163	0,31 (0,654)	0,22-0,41	
No	67	0,37 (0,693)	0,20-0,54	
Total	230	0,33 (0,630)	0,25-0,41	
A. Física	N	Media (DE)	IC 95%	P
Menopausia				0,874
Si	163	0,79 (0,908)	0,64-0,93	
No	67	0,81 (0,875)	0,59-1,02	
Total	230	0,79 (0,896)	0,67-0,91	
A. Recreativas	N	Media (DE)	IC 95%	P
Menopausia				0,670
Si	163	0,55 (0,810)	0,42-0,67	
No	67	0,60 (0,854)	0,39-0,81	
Total	230	0,56 (0,822)	0,45-0,67	
Capacidad Viajes	N	Media (DE)	IC 95%	P
Menopausia				0,342
Si	163	0,62 (0,890)	0,48-0,76	
No	67	0,75 (0,975)	0,51-0,98	
Total	230	0,66 (0,915)	0,54-0,78	
Sociales	N	Media (DE)	IC 95%	P
Menopausia				0,993
Si	163	0,63 (0,861)	0,49-0,76	
No	67	0,63 (0,795)	0,43-0,82	
Total	230	0,63 (0,841)	0,52-0,74	
Ánimo	N	Media (DE)	IC 95%	P
Menopausia				0,147
Si	163	0,56 (0,854)	0,43-0,69	
No	67	0,75 (0,975)	0,51-0,98	
Total	230	0,61 (0,893)	0,50-0,73	
Desgraciada	N	Media (DE)	IC 95%	P
Menopausia				0,147
Si	163	0,39 (0,781)	0,27-0,51	
No	67	0,24 (0,580)	0,10-0,38	
Total	230	0,35 (0,730)	0,25-0,44	

Tabla 74: Puntuación Media IIQ Esfera Actividades Domésticas según legrado sí/no.

A. Domésticas	N	Media (DE)	IC 95%	P
Legrado				0,628
Si	19	0,26 (0,653)	-0,05-0,58	
No	211	0,34 (0,629)	0,25-0,42	
Total	230	0,33 (0,630)	0,25-0,41	
A. Físicas	N	Media (DE)	IC 95%	P
Legrado				0,783
Si	19	0,74 (0,872)	0,32-1,16	
No	211	0,80 (0,900)	0,67-0,92	
Total	230	0,79 (0,896)	0,67-0,91	
A. Recreativas	N	Media (DE)	IC 95%	P
Legrado				0,849
Si	19	0,53 (0,905)	0,09-0,96	
No	211	0,56 (0,816)	0,45-0,67	
Total	230	0,56 (0,822)	0,45-0,67	
Capacidad Viajes	N	Media (DE)	IC 95%	P
Legrado				0,902
Si	19	0,63 (1,012)	0,14-1,12	
No	211	0,66 (0,909)	0,54-0,78	
Total	230	0,66 (0,060)	0,54-0,78	
Social	N	Media (DE)	IC 95%	P
Legrado				0,164
Si	19	0,37 (0,684)	0,04-0,70	
No	211	0,65 (0,851)	0,53-0,76	
Total	230	0,63 (0,841)	0,52-0,74	
Ánimo	N	Media (DE)	IC 95%	P
Legrado				0,130
Si	19	0,32 (0,582)	0,04-0,60	
No	211	0,64 (0,912)	0,52-0,76	
Total	230	0,61 (0,893)	0,50-0,73	
Desgraciado	N	Media (DE)	IC 95%	P
Legrado				0,393
Si	19	0,21 (0,535)	-0,05-0,47	
No	211	0,36 (0,745)	0,26-0,46	
Total	230	0,35 (0,730)	0,25-0,44	

Tabla 75: Puntuación Media Esferas IIQ según histerectomía sí/no.

A. Domésticas	N	Media (DE)	IC 95%	P
Histerectomía				0,822
Si	20	0,30 (0,657)	-0,01,61	
No	210	0,33 (0,629)	0,25-0,42	
Total	230	0,33 (0,630)	0,25-0,41	
A. Físicas	N	Media (DE)	IC 95%	P
Histerectomía				0,277
Si	20	1,00 (0,535)	0,45-1,55	
No	210	0,867 (0,745)	0,65-0,89	
Total	230	0,896 (0,730)	0,67-0,91	
A. Recreativa	N	Media (DE)	IC 95%	P
Histerectomía				0,613
Si	20	0,65 (0,813)	0,27-1,03	
No	210	0,55 (0,824)	0,44-0,66	
Total	230	0,56 (0,822)	0,45-0,67	
Viajes	N	Media (DE)	IC 95%	P
Histerectomía				0,973
Si	20	0,65 (1,040)	0,16-1,14	
No	210	0,66 (0,905)	0,53-0,78	
Total	230	0,66 (0,915)	0,54-0,78	
Sociales	N	Media (DE)	IC 95%	P
Histerectomía				0,894
Si	20	0,65 (0,988)	0,19-1,11	
No	210	0,62 (0,828)	0,51-0,74	
Total	230	0,63 (0,841)	0,52-0,74	
Ánimo	N	Media (DE)	IC 95%	P
Histerectomía				0,742
Si	20	0,55 (0,887)	0,13-0,97	
No	210	0,62 (0,895)	0,50-0,74	
Total	230	0,61 (0,893)	0,50-0,73	
Desgraciada	N	Media (DE)	IC 95%	P
Histerectomía				0,053
Si	20	0,65 (1,040)	0,16-1,14	
No	210	0,32 (0,690)	0,23-0,41	
Total	230	0,35 (0,730)	0,25-0,44	

Tabla 76: Puntuación Media IIQ Esfera Actividades Domésticas según prolapso sí/no.

A. Domésticas	N	Media (DE)	IC 95%	P
Prolapso				0,167
Si	10	0,60 (0,843)	0,00-1,20	
No	220	0,32 (0,618)	0,24-0,40	
Total	230	0,33 (0,630)	0,25-0,41	
A. Físicas	N	Media (DE)	IC 95%	P
Prolapso				0,141
Si	10	1,20 (1,033)	0,46-1,94	
No	220	0,77 (0,888)	0,65-0,89	
Total	230	0,79 (0,896)	0,67-0,91	
A. Recreativa	N	Media (DE)	IC 95%	P
Prolapso				0,003
Si	10	1,30 (1,059)	0,54-2,06	
No	220	0,53 (0,796)	0,42-0,63	
Total	230	0,56 (0,822)	0,45-0,67	
Viajes	N	Media (DE)	IC 95%	P
Prolapso				0,008
Si	10	1,40 (0,535)	0,56-2,24	
No	220	0,62 (0,745)	0,50-0,74	
Total	230	0,66 (0,730)	0,54-0,78	
Sociales	N	Media (DE)	IC 95%	P
Prolapso				0,009
Si	10	1,30 (1,160)	0,47-2,13	
No	220	0,60 (0,814)	0,49-0,70	
Total	230	0,63 (0,841)	0,52-0,74	
Ánimo	N	Media (DE)	IC 95%	P
Prolapso				0,033
Si	10	1,20 (1,229)	0,32-2,08	
No	220	0,59 (0,869)	0,47-0,70	
Total	230	0,61 (0,893)	0,50-0,73	
Desgraciada	N	Media (DE)	IC 95%	P
Prolapso				0,045
Si	10	0,80 (1,229)	-0,08-1,68	
No	220	0,33 (0,697)	0,23-0,42	
Total	230	0,35 (0,730)	0,25-0,44	

Tabla 77: Puntuación Media IIQ Esfera Actividades Domésticas según cesárea sí/no.

A. Domésticas	N	Media (DE)	IC 95%	P
Cesárea				0,777
Si	30	0,30 (0,535)	0,10-0,50	
No	200	0,34 (0,644)	0,25-0,42	
Total	230	0,33 (0,630)	0,25-0,41	
A. Físicas	N	Media (DE)	IC 95%	P
Cesárea				0,415
Si	30	0,67 (0,802)	0,37-0,97	
No	200	0,81 (0,910)	0,68-0,94	
Total	230	0,79 (0,896)	0,67-0,91	
A. Recreativa	N	Media (DE)	IC 95%	P
Cesárea				0,104
Si	30	0,33 (0,606)	0,11-0,56	
No	200	0,60 (0,845)	0,48-0,71	
Total	230	0,56 (0,822)	0,45-0,67	
Viajes	N	Media (DE)	IC 95%	P
Cesárea				0,623
Si	30	0,73 (0,828)	0,42-1,04	
No	200	0,65 (0,929)	0,52-0,77	
Total	230	0,66 (0,060)	0,54-0,78	
Social	N	Media (DE)	IC 95%	P
Cesárea				0,679
Si	30	0,57 (0,679)	0,31-0,82	
No	200	0,64 (0,863)	0,51-0,76	
Total	230	0,63 (0,841)	0,52-0,74	
Animo	N	Media (DE)	IC 95%	P
Cesárea				0,601
Si	30	0,53 (0,776)	0,24-0,82	
No	200	0,63 (0,910)	0,50-0,75	
Total	230	0,61 (0,893)	0,50-0,73	
Desgraciada	N	Media (DE)	IC 95%	P
Cesárea				0,235
Si	30	0,20 (0,551)	-0,01-0,41	
No	200	0,37 (0,752)	0,27-0,47	
Total	230	0,35 (0,730)	0,25-0,44	

Tabla 78: Puntuación Media IIQ por esferas según parto sí/no.

A. Domésticas	N	Media (DE)	IC 95%	P
Partos				0,465
Si	184	0,32 (0,617)	0,23-0,40	
No	46	0,39 (0,682)	0,19-0,59	
Total	230	0,33 (0,630)	0,25-0,41	
A. Físicas	N	Media (DE)	IC 95%	P
Partos				0,912
Si	184	0,79 (0,895)	0,66-0,92	
No	46	0,80 (0,910)	0,53-1,07	
Total	230	0,79 (0,896)	0,67-0,91	
A. Recreativa	N	Media (DE)	IC 95%	P
Partos				0,149
Si	184	0,52 (0,803)	0,40-0,64	
No	46	0,72 (0,886)	0,45-0,98	
Total	230	0,56 (0,822)	0,45-0,67	
Viajes	N	Media (DE)	IC 95%	P
Partos				0,615
Si	184	0,64 (0,930)	0,51-0,78	
No	46	0,72 (0,861)	0,46-0,97	
Total	230	0,66 (0,915)	0,54-0,78	
Social	N	Media (DE)	IC 95%	P
Partos				0,309
Si	184	0,60 (0,60)	0,47-0,72	
No	46	0,74 (0,74)	0,51-0,97	
Total	230	0,63 (0,63)	0,52-0,74	
Ánimo	N	Media (DE)	IC 95%	P
Partos				0,971
Si	184	0,61 (0,886)	0,49-0,74	
No	46	0,61 (0,930)	0,33-0,88	
Total	230	0,61 (0,893)	0,50-0,73	
Desgraciado	N	Media (DE)	IC 95%	P
Partos				0,822
Si	184	0,35 (0,747)	0,24-0,46	
No	46	0,33 (0,668)	0,13-0,52	
Total	230	0,35 (0,730)	0,25-0,44	

5.4.4.4. Factores de Riesgo estilos de vida

- SEGÚN ICIQ-SF**

Ninguno de los factores de riesgo considerados de interés muestra diferencias estadísticamente significativas con respecto al grado de afectación en CV (tabla 79).

Tabla 79: Distribución afectación CV entre mujeres con/sin antecedente estreñimiento.

	CV leve N (%)	CV moderada N (%)	CV Severa N (%)	TOTAL N (%)	P
Estreñimiento					0,460
SI	17 (29,8)	27 (47,4)	13 (22,8)	57 (100)	
NO	65 (37,4)	67 (38,5)	42 (24,1)	174 (100)	
TOTAL	82 (35,5)	94 (40,7)	55 (23,8)	231 (100)	
Ejercicio Físico					0,480
SI	23 (32,4)	33 (46,5)	15 (21,1)	71 (100)	
NO	59 (36,9)	61 (38,1)	40 (25)	160 (100)	
TOTAL	82 (35,5)	94 (40,7)	55 (23,8)	231 (100)	
Alcohol					0,780
SI	6 (35,3)	8 (47,1)	3 (17,6)	17 (100)	
NO	76 (35,5)	86 (40,2)	52 (24,3)	214 (100)	
TOTAL	82 (35,5)	94 (40,7)	55 (23,8)	231 (100)	
Fumador					0,200
SI	17 (48,6)	12 (34,3)	6 (17,1)	35 (100)	
NO	65 (33,2)	82 (41,8)	49 (25)	196 (100)	
TOTAL	82 (35,5)	94 (40,7)	55 (23,8)	231 (100)	

- SEGÚN IIQ**

Según IIQ tampoco se observan diferencias estadísticamente significativas con respecto a los factores de riesgo de estilos de vida considerados.

Tabla 80: Distribución afectación CV entre mujeres con/sin antecedente estreñimiento.

	CV Nula N (%)	CV leve N (%)	CV moderada N (%)	CV Severa N (%)	TOTAL N (%)	P
Estreñido						0,150
Si	12 (21,1)	31 (54,4)	14 (24,6)	0 (0)	57 (100)	
NO	48 (27,7)	84 (48,6)	31 (17,9)	10 (5,8)	173 (100)	
TOTAL	60 (26,1)	115 (50)	45 (19,6)	10 (4,3)	230 (100)	
Ejercicio						0,820
Si	18 (25,4)	38 (53,5)	13 (18,3)	2 (2,8)	71 (100)	
No	42 (26,4)	77 (48,4)	32 (20,1)	8 (5)	159 (100)	
TOTAL	60 (26,1)	115 (50)	45 (19,6)	10 (4,3)	230 (100)	
Alcohol						0,430
Si	7 (41,2)	7 (41,2)	3 (17,6)	0 (0)	17 (100)	
NO	53 (24,9)	108 (50,7)	42 (19,7)	10 (4,7)	213 (100)	
TOTAL	60 (26,1)	115 (50)	45 (19,6)	10 (4,3)	230 (100)	
Fumador						0,320
Si	12 (34,3)	13 (37,1)	9 (25,7)	1 (2,9)	35 (100)	
NO	48 (24,6)	102 (52,3)	36 (18,5)	9 (4,6)	95 (100)	
TOTAL	60 (26,1)	115 (50)	45 (19,6)	10 (4,3)	230 (100)	

Las esferas de afectación en CV según presencia o ausencia de los factores de riesgo en estilo de vida (tablas 81, 82, 83, 84) no muestran diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 81: Puntuación Media IIQ por esferas según estreñimiento sí/no.

A. Domésticas	N	Media (DE)	IC 95%	P
Estreñimiento				0,314
Si	57	0,40 (0,651)	0,23-0,58	
No	173	0,31 (0,623)	0,21-0,40	
Total	230	0,33 (0,630)	0,25-0,41	
A. Físicas	N	Media (DE)	IC 95%	P
Estreñimiento				0,623
Si	57	0,84 (0,882)	0,61-1,08	
No	173	0,77 (0,903)	0,64-0,91	
Total	230	0,79 (0,896)	0,67-0,91	
A. Recreativa	N	Media (DE)	IC 95%	P
Estreñimiento				0,849
Si	57	0,58 (0,731)	0,39-0,77	
No	173	0,55 (0,852)	0,43-0,68	
Total	230	0,56 (0,822)	0,45-0,67	
Viajes	N	Media (DE)	IC 95%	P
Estreñimiento				0,552
Si	57	0,72 (0,881)	0,49-0,95	
No	173	0,64 (0,928)	0,50-0,78	
Total	230	0,66 (0,915)	0,54-0,78	
Social	N	Media (DE)	IC 95%	P
Estreñimiento				0,548
Si	57	0,68 (0,848)	0,46-0,91	
No	173	0,61 (0,840)	0,48-0,73	
Total	230	0,63 (0,841)	0,52-0,74	
Ánimo	N	Media (DE)	IC 95%	P
Estreñimiento				0,726
Si	57	0,65 (0,876)	0,42-0,88	
No	173	0,60 (0,901)	0,47-0,74	
Total	230	0,61 (0,893)	0,50-0,73	
Desgraciada	N	Media (DE)	IC 95%	P
Estreñimiento				0,863
Si	57	0,33 (0,636)	0,16-0,50	
No	173	0,35 (0,761)	0,24-0,47	
Total	230	0,35 (0,730)	0,25-0,44	

Tabla 82: Puntuación Media IIQ por esferas según ejercicio sí/no.

A. Domésticas	N	Media (DE)	IC 95%	P
Ejercicio				0,578
Si	71	0,30 (0,619)	0,15-0,44	
No	159	0,35 (0,636)	0,25-0,45	
Total	230	0,33 (0,630)	0,25-0,41	
A. Físicas	N	Media (DE)	IC 95%	P
Ejercicio				0,851
Si	71	0,77 (0,831)	0,58-0,97	
No	159	0,80 (0,926)	0,65-0,94	
Total	230	0,79 (0,896)	0,67-0,91	
A. Recreativas	N	Media (DE)	IC 95%	P
Ejercicio				0,975
Si	71	0,56 (0,788)	0,38-0,75	
No	159	0,56 (0,839)	0,43-0,69	
Total	230	0,56 (0,822)	0,45-0,67	
Viajes	N	Media (DE)	IC 95%	P
Ejercicio				0,711
Si	71	0,69 (0,935)	0,47-0,91	
No	159	0,64 (0,909)	0,50-0,78	
Total	230	0,66 (0,915)	0,54-0,78	
Sociales	N	Media (DE)	IC 95%	P
Ejercicio				0,451
Si	71	0,56 (0,691)	0,40-0,73	
No	159	0,65 (0,900)	0,51-0,80	
Total	230	0,63 (0,841)	0,52-0,74	
Estado ánimo	N	Media (DE)	IC 95%	P
Ejercicio				0,173
Si	71	0,49 (0,772)	0,31-0,68	
No	159	0,67 (0,939)	0,52-0,81	
Total	230	0,61 (0,893)	0,50-0,73	
Desgraciada	N	Media (DE)	IC 95%	P
Ejercicio				0,267
Si	71	0,25 (0,675)	0,11-0,43	
No	159	0,38 (0,753)	0,27-0,50	
Total	230	0,35 (0,730)	0,25-0,44	

Tabla 83: Puntuación Media IIQ por esferas según consumo alcohol sí/no.

A. Domésticas	N	Media (DE)	IC 95%	P
Alcohol				0,806
Si	17	0,29 (0,588)	-0,01-0,60	
No	213	0,33 (0,634)	0,25-0,42	
Total	230	0,33 (0,630)	0,25-0,41	
A. Físicas	N	Media (DE)	IC 95%	P
Alcohol				0,211
Si	17	0,53 (0,800)	0,12-0,94	
No	213	0,81 (0,902)	0,69-0,93	
Total	230	0,79 (0,896)	0,67-0,91	
A. Recreativa	N	Media (DE)	IC 95%	P
Alcohol				0,870
Si	17	0,53 (0,800)	0,12-0,94	
No	213	0,56 (0,825)	0,45-0,67	
Total	230	0,56 (0,822)	0,45-0,67	
Viajes	N	Media (DE)	IC 95%	P
Alcohol				0,965
Si	17	0,65 (0,786)	0,24-1,05	
No	213	0,66 (0,926)	0,53-0,78	
Total	230	0,66 (0,915)	0,54-0,78	
Social	N	Media (DE)	IC 95%	P
Alcohol				0,623
Si	17	0,53 (0,624)	0,21-0,85	
No	213	0,63 (0,856)	0,52-0,75	
Total	230	0,63 (0,841)	0,52-0,74	
Ánimo	N	Media (DE)	IC 95%	P
Alcohol				0,335
Si	17	0,41 (0,618)	0,09-0,73	
No	213	0,63 (0,910)	0,51-0,75	
Total	230	0,61 (0,893)	0,50-0,73	
Desgraciado	N	Media (DE)	IC 95%	P
Alcohol				0,316
Si	17	0,18 (0,393)	-0,03-0,38	
No	213	0,36 (0,750)	0,26-0,46	
Total	230	0,35 (0,730)	0,25-0,44	

Tabla 84: Puntuación Media IIQ por esferas según fumar sí/no.

A. Domésticas	N	Media (DE)	IC 95%	P
Fumar				0,649
Si	35	0,29 (0,622)	0,07-0,50	
No	195	0,34 (0,633)	0,25-0,43	
Total	230	0,33 (0,630)	0,25-0,41	
A. Físicas	N	Media (DE)	IC 95%	P
Fumar				0,950
Si	35	0,80 (0,964)	0,47-1,13	
No	195	0,79 (0,886)	0,66-0,91	
Total	230	0,79 (0,896)	0,67-0,91	
A. Recreativa	N	Media (DE)	IC 95%	P
Fumar				0,231
Si	35	0,71 (0,893)	0,41-1,02	
No	195	0,53 (0,808)	0,42-0,65	
Total	230	0,56 (0,822)	0,45-0,67	
Viajes	N	Media (DE)	IC 95%	P
Fumar				0,546
Si	35	0,74 (1,067)	0,38-1,11	
No	195	0,64 (0,888)	0,52-0,77	
Total	230	0,66 (0,915)	0,54-0,78	
Social	N	Media (DE)	IC 95%	P
Fumar				0,122
Si	35	0,83 (0,954)	0,50-1,16	
No	195	0,59 (0,816)	0,47-0,70	
Total	230	0,63 (0,841)	0,52-0,74	
Estado ánimo	N	Media (DE)	IC 95%	P
Fumar				0,478
Si	35	0,51 (0,393)	0,20-0,83	
No	195	0,63 (0,750)	0,51-0,76	
Total	230	0,61 (0,730)	0,50-0,73	
Desgraciada	N	Media (DE)	IC 95%	P
Fumar				0,426
Si	35	0,26 (0,701)	0,02-0,50	
No	195	0,36 (0,736)	0,26-0,47	
Total	230	0,35 (0,730)	0,25-0,44	

5.4.4.5 Factores de Riesgo consumo de fármacos

- Consumo fármacos

• SEGÚN ICIQ-SF

No se aprecian diferencias de afectación en CV entre las mujeres consumidoras de fármacos y las no consumidoras según ICIQ-SF.

Tabla 85: Distribución afectación CV entre consumidoras/no consumidoras de fármacos.

	CV leve N (%)	CV moderada N (%)	CV Severa N (%)	TOTAL N (%)	P
ConsumeFármacos					0,070
SI	44 (30,8)	59 (41,3)	40 (28)	143 (100)	
NO	43,2 (38)	35 (39,8)	15 (17)	88 (100)	
TOTAL	82 (35,5)	94 (40,7)	55 (23,8)	231 (100)	

• SEGÚN IIQ

La distribución de afectación en CV entre las consumidoras/no consumidoras de fármacos se muestra en tabla 86.

Tabla 86: Distribución afectación CV entre consumidoras/no consumidoras fármacos.

	CV Nula N (%)	CV leve N (%)	CV moderada N (%)	CV Severa N (%)	TOTAL N (%)	P
Fármacos						0,786
Si	39 (27,3)	68 (47,6)	30 (21)	6 (4,2)	143 (100)	
No	21 (24,1)	47 (54)	15 (17,2)	4 (4,6)	87(100)	
TOTAL	60 (26,1)	115 (50)	45 (19,6)	10 (4,3)	230 (100)	

En ambos grupos se evidencia como la afectación porcentual es principalmente leve o nula. Tal y como observamos en tabla 87, las puntuaciones medias por esferas de IIQ muestran que entre las mujeres con toma de fármacos, la puntuación media es mayor en cualquiera de las esferas valoradas respecto a las que no toman fármacos, aunque estas diferencias no son estadísticamente significativas.

Tabla 87: Puntuación Media IIQ por esferas según fármacos sí/no.

A. Domésticas	N	Media (DE)	IC 95%	P
Fármacos				0,307
Si	143	0,36 (0,656)	0,26-0,47	
No	87	0,28 (0,584)	0,15-0,40	
Total	230	0,33 (0,630)	0,25-0,41	
A. Físicas	N	Media (DE)	IC 95%	P
Fármacos				0,780
Si	143	0,80 (0,921)	0,65-0,96	
No	87	0,77 (0,859)	0,59-0,95	
Total	230	0,79 (0,896)	0,67-0,91	
A. Recreativa	N	Media (DE)	IC 95%	P
Fármacos				0,531
Si	143	0,59 (0,842)	0,45-0,73	
No	87	0,52 (0,790)	0,35-0,69	
Total	230	0,56 (0,822)	0,45-0,67	
Viajes	N	Media (DE)	IC 95%	P
Fármacos				0,542
Si	143	0,69 (0,915)	0,53-0,84	
No	87	0,61 (0,920)	0,41-0,81	
Total	230	0,66 (0,915)	0,54-0,78	
Social	N	Media (DE)	IC 95%	P
Fármacos				0,378
Si	143	0,66 (0,864)	0,52-0,81	
No	87	0,56 (0,803)	0,39-0,73	
Total	230	0,63 (0,841)	0,52-0,74	
Ánimo	N	Media (DE)	IC 95%	P
Fármacos				0,613
Si	143	0,64 (0,916)	0,48-0,79	
No	87	0,57 (0,858)	0,39-0,76	
Total	230	0,61 (0,893)	0,50-0,73	
Desgraciado	N	Media (DE)	IC 95%	P
Fármacos				0,961
Si	143	0,35 (0,724)	0,23-0,47	
No	87	0,34 (0,744)	0,19-0,50	
Total	230	0,35 (0,730)	0,25-0,44	

- Tipo de fármaco consumido

• SEGÚN ICIQ-SF

No hay diferencias estadísticamente significativas con respecto al consumo de determinados fármacos y el grado de afectación en CV según ICIQ-SF.

Tabla 88: Distribución de CV ICIQ entre consumidoras o no, de cada tipo fármaco.

		CV leve N (%)	CV moderada N (%)	CV Severa N (%)	TOTAL N (%)	P
B agonista						0,130
	SI	1 (12,5)	6 (75)	1 (12,5)	8 (100)	
	NO	43 (31,6)	53 (39)	40 (29,4)	136 (100)	
	TOTAL	44 (35,5)	59 (40,7)	41 (23,8)	144 (100)	
Alfa Agonista						0,480
	SI	0 (0)	1 (100)	0 (0)	1 (100)	
	NO	44 (30,8)	58 (40,6)	41 (28,7)	143 (100)	
	TOTAL	44 (30,6)	59 (41)	41 (28,7)	144 (100)	
AINES						0,02
	SI	22 (37,9)	16 (27,6)	20 (34,5)	58 (100)	
	NO	22 (25,6)	43 (50)	21 (24,4)	86 (100)	
	TOTAL	44 (30,6)	59 (41)	41 (28,5)	144 (100)	
Antidepresivos						0,480
	SI	16 (36,4)	15 (34,1)	13 (29,5)	44 (100)	
	NO	28 (28)	44 (44)	28 (28)	100 (100)	
	TOTAL	44 (30,6)	59 (41)	41 (28,5)	144 (100)	
Diuréticos						0,730
	SI	10 (25,6)	17 (43,6)	12 (30,8)	39 (100)	
	NO	34 (32,4)	42 (40)	29 (27,6)	105 (100)	
	TOTAL	44 (30,6)	59 (41)	41 (28,5)	144 (100)	
Antagonistas Calcio						0,940
	SI	5 (31,3)	7 (43,8)	4 (25)	16 (100)	
	NO	39 (30,5)	52 (40,6)	37 (28,9)	128 (100)	
	TOTAL	44 (30,6)	59 (41)	41 (28,5)	144 (100)	
Sedantes						0,270
	SI	12 (23,5)	21 (41,2)	18 (35,3)	51 (100)	
	NO	32 (34,4)	38 (40,9)	23 (24,7)	93 (100)	
	TOTAL	44 (30,6)	59 (41)	41 (28,5)	144 (100)	
Antihistamínicos						0,170
	SI	4 (20)	12 (60)	4 (20)	20 (100)	
	NO	40 (32,3)	47 (37,9)	37 (29,8)	124 (100)	
	TOTAL	44 (30,6)	59 (41)	41 (28,5)	144 (100)	

• SEGÚN IIQ

Tampoco se observan diferencias estadísticamente significativas entre mujeres consumidoras de determinados fármacos y las no consumidoras respecto a la afectación en CV.

Tabla 89: Distribución afectación CV IIQ entre mujeres consumidoras o no.

	CV Nula N (%)	CV leve N (%)	CV mod. N (%)	CV Severa N (%)	TOTAL L N (%)	P
B agonistas						0,190
SI	1 (12,5)	3 (37,5)	4 (50)	0 (0)	8 (100)	
NO	38 (27,9)	65 (47,8)	26 (19,1)	7 (5,1)	136 (100)	
TOTAL	39 (27,1)	68 (47,2)	30 (20,8)	7 (4,9)	144 (100)	
Alfa Agonis						0,770
SI	0 (0)	1 (100)	0 (0)	0 (0)	1 (100)	
NO	39 (27,3)	67 (46,9)	30 (21)	7 (4,9)	143 (100)	
TOTAL	39 (27,1)	68 (47,2)	30 (20,8)	7 (4,9)	144 (100)	
AINES						0,460
SI	16 (27,6)	30 (51,7)	11 (19)	1 (1,7)	58 (100)	
NO	23 (26,7)	38 (44,2)	19 (22,1)	6 (7)	86 (100)	
TOTAL	39 (27,1)	68 (47,2)	30 (20,8)	7 (4,9)	144 (100)	
Antidepres						0,300
SI	14 (31,8)	18 (40,9)	8 (18,2)	4 (9,1)	44 (100)	
NO	25 (25)	50 (50)	22 (22)	3 (3)	100 (100)	
TOTAL	39 (27,1)	68 (47,2)	30 (20,8)	7 (4,9)	144 (100)	
Diuréticos						0,680
SI	11 (28,2)	16 (41)	9 (23,1)	3 (7,7)	39 (100)	
NO	28 (26,7)	52 (49,5)	21 (20)	4 (3,8)	105 (100)	
TOTAL	39 (27,1)	68 (47,2)	30 (20,8)	7 (4,9)	144 (100)	
Ca antagonis						0,210
SI	14 (27,5)	23 (43,5)	9 (17,6)	5 (9,8)	51 (100)	
NO	25 (26,9)	45 (48,4)	21 (22,6)	2 (2,2)	93 (100)	
TOTAL	39 (27,1)	68 (47,2)	30 (20,8)	7 (4,9)	144 (100)	
Antihistamín						0,520
SI	3 (15)	10 (50)	6 (30)	1 (5)	20 (100)	
NO	36 (29)	58 (46,8)	24 (19,4)	6 (4,8)	124 (100)	
TOTAL	39 (27,1)	68 (47,2)	30 (20,8)	7 (4,9)	144 (100)	

5.4.4.6 Factores de Riesgo enfermedades concomitantes

• SEGÚN ICIQ-SF

No existe asociación estadísticamente significativa entre mujeres incontinentes con antecedente de enfermedad concomitante y las que no tienen dicho antecedente en cuanto al grado de afectación en CV (Ver tabla 90). Tampoco existen diferencias significativas en la relación entre las enfermedades concretas estudiadas y el grado de afectación en CV según ICIQ (Ver tabla 91).

Tabla 90: Distribución afectación CV entre mujeres con/sin antecedente de enfermedad.

	CV leve N (%)	CV moderada N (%)	CV Severa N (%)	TOTAL N (%)	P
Enfermedad concomitante					0,351
SI	16 (28,1)	27 (47,4)	14 (24,6)	57 (100)	
NO	66 (37,9)	67 (38,5)	41 (23,6)	174 (100)	
TOTAL	82 (35,5)	94 (40,7)	55 (23,8)	231(100)	

Tabla 91: Distribución en la afectación en CV entre las mujeres con determinadas enfermedades concomitantes y sin ellas.

	CV leve N (%)	CV moderada N (%)	CV Severa N (%)	TOTAL N (%)	P
EPOC					0,820
SI	3 (30)	5 (50)	2 (20)	10 (100)	
NO	79 (35,7)	89 (40,3)	53 (24)	221 (100)	
TOTAL	82 (35,5)	94 (40,7)	55 (23,8)	231 (100)	
Diabetes					0,110
SI	5 (23,8)	13 (61,9)	3 (14,3)	21 (100)	
NO	77 (36,7)	81 (38,6)	52 (24,8)	210 (100)	
TOTAL	82 (35,5)	94 (40,7)	55 (23,8)	231 (100)	
ACV					0,650
SI	1 (20)	3 (60)	1 (20)	5 (100)	
NO	81 (35,8)	91 (40,3)	54 (23,9)	226(100)	
TOTAL	82 (35,5)	94 (40,7)	55 (23,8)	231 (100)	
Parkinson					0,170
SI	0 (0)	1 (33,3)	2 (66,7)	3 (100)	
NO	82 (36)	93 (40,8)	53 (23,2)	228 (100)	
TOTAL	82 (35,5)	94 (40,7)	55 (23,8)	231 (100)	
Tumores					0,640
SI	9 (34,6)	9 (34,6)	8 (30,8)	26 (100)	
NO	73 (35,6)	85 (41,5)	47 (22,9)	205 (100)	
TOTAL	82 (35,5)	94 (40,7)	55 (23,8)	231 (100)	

• SEGÚN IIQ

Estudiada ahora el grado de afectación en CV según IIQ entre las mujeres incontinentes consumidoras de fármacos y las que no, los resultados se muestran en tabla X, se observa que no existen diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 92: Distribución afectación CV entre mujeres con/sin antecedente consumo fármacos.

	CV Nula N (%)	CV leve N (%)	CV moderada N (%)	CV Severa N (%)	TOTAL N (%)	P
Fármacos						0,3
Si	12 (34,3)	13 (37,1)	9 (25,7)	1 (2,9)	35 (100)	20
NO	48 (24,6)	102 (52,3)	36 (18,5)	9 (4,6)	195 (100)	
TOTAL	60 (26,1)	115 (50)	45 (19,6)	10 (4,3)	230 (100)	

Las puntuaciones medias por esferas IIQ entre incontinentes consumidoras de fármacos y no consumidoras se muestra en la tabla X. Destacamos que en la esfera de actividades recreativas, la puntuación de las mujeres con antecedente de enfermedad es superior a la de las mujeres sin enfermedad, y este resultado se encuentra en el límite de la significación estadística. Destaca que, respecto a la escala de estado de ánimo, entre las incontinentes con enfermedad concomitante, se puntúa menos que entre las incontinentes sin enfermedad.

Tabla 93: Puntuaciones medias por esferas IIQ y comparación entre las consumidoras de fármacos y las no consumidoras.

A. Domésticas	N	Media (DE)	IC 95%	P
Enfermedad				0,354
Si	57	0,26 (0,583)	0,11-0,42	
No	173	0,35 (0,645)	0,26-0,45	
Total	230	0,33 (0,630)	0,25-0,41	
A. Físicas	N	Media (DE)	IC 95%	P
Enfermedad				0,179
Si	57	0,93 (1,015)	0,66-1,20	
No	173	0,75 (0,852)	0,62-0,87	
Total	230	0,79 (0,896)	0,67-0,91	
A. Recreativas	N	Media (DE)	IC 95%	P
Enfermedad				0,062
Si	57	0,74 (0,877)	0,50-0,97	
No	173	0,50 (0,797)	0,38-0,62	
Total	230	0,56 (0,822)	0,45-0,67	
Viajes	N	Media (DE)	IC 95%	P
Enfermedad				0,793
Si	57	0,68 (0,948)	0,43-0,94	
No	173	0,65 (0,907)	0,51-0,78	
Total	230	0,66 (0,915)	0,54-0,78	
Social	N	Media (DE)	IC 95%	P
Enfermedad				0,812
Si	57	0,65 (0,855)	0,42-0,88	
No	173	0,62 (0,838)	0,49-0,74	
Total	230	0,63 (0,841)	0,52-0,74	

Estado ánimo	N	Media (DE)	IC 95%	P
Enfermedad				0,501
Si	57	0,54 (0,867)	0,31-0,77	
No	173	0,64 (0,902)	0,50-0,77	
Total	230	0,61 (0,893)	0,50-0,73	
Desgraciado	N	Media (DE)	IC 95%	P
Enfermedad				0,280
Si	57	0,44 (0,756)	0,24-0,64	
No	173	0,32 (0,721)	0,21-0,43	
Total	230	0,35 (0,730)	0,25-0,44	

Las enfermedades que más se relacionan con el grado de afectación en la calidad de vida son EPOC y tumores. Entre las mujeres con EPOC la afectación en CV moderada es muy superior a la de las mujeres sin dicho antecedente, si bien no encontramos mujeres EPOC con afectación severa ni nula. Entre las mujeres con antecedente de tumor, hay mayor afectación en cualquiera de las categorías de afectación en CV respecto a las que no tienen dicho antecedente, salvo entre las que refieren afectación leve, entre las cuales hay más mujeres sin antecedente tumoral.

Tabla 94: Distribución en la afectación en CV entre las mujeres con determinadas enfermedades concomitantes y sin ellas.

	CV Nula N (%)	CV leve N (%)	CV moderada N (%)	CV Severa N (%)	TOTAL N (%)	P
EPOC						0,007
Si	0 (0)	4 (40)	6 (60)	0 (0)	10 (100)	
No	60 (27,3)	111 (50,5)	39 (17,7)	10 (4,5)	220 (100)	
Total	60 (26,1)	115 (50)	45 (19,6)	10 (4,3)	230 (100)	
Diabetes						0,69
Si	4 (19)	13 (61,9)	3 (14,3)	1 (4,8)	21 (100)	
No	56 (26,8)	102 (48,8)	42 (20,1)	9 (4,3)	209 (100)	
Total	60 (26,1)	115 (50)	45 (19,6)	10 (4,3)	230 (100)	
ACV						0,87
Si	2 (40)	2 (40)	1 (20)	0 (0)	5 (100)	
No	58 (25,8)	113 (50,2)	44 (19,6)	10 (4,4)	225 (100)	
Total	60 (26,1)	115 (50)	45 (19,6)	10 (4,3)	230 (100)	
Parkinson						0,160
Si	1 (33,3)	0 (0)	2 (66,7)	0 (0)	3 (100)	
No	59 (26)	115 (50,7)	43 (18,9)	10 (4,4)	227 (100)	
Total	60 (26,1)	115 (50)	45 (19,6)	10 (4,3)	30 (100)	
Tumores						0,032
Si	11 (42,3)	6 (23,1)	7 (26,9)	2 (7,7)	26 (100)	
No	49 (24)	109 (53,4)	38 (18,6)	8 (3,9)	204 (100)	
Total	60 (26,1)	115 (50)	45 (19,6)	10 (4,3)	230 (100)	

5.5 ABORDAJE DE LA IU EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

5.5.1 LA INCONTINENCIA URINARIA COMO MOTIVO DE CONSULTA

5.5.1.1. Análisis descriptivo desde el punto de vista de consulta y factores.

- Frecuencia de entorno de consulta

Del total de mujeres incontinentes detectadas a través del cuestionario de Vila et col. (N=231), destaca que solo el 33,3% había consultado por este motivo (N=77) en el ámbito profesional. En el entorno personal socio-familiar tan solo el 16,8% (N=39) había consultado (familia 15,6%, pareja 10,8% y amigos 8,2%).

- Profesional consultado

Entre el total de mujeres incontinentes que consultan los profesionales sanitarios (N=77) la tabla 95 muestra como un 28,6% consultaron con más de un profesional

Tabla 95: Distribución de incontinentes que consultan entre el nº de profesionales consultados.

Número de Profesionales Consultados	Incontinente que consultaron N (%)
1	49 (63,6)
2	22 (28,6)
3	6 (7,8)

Mostramos ahora del total de mujeres que consultan (N=77) cuántas consultan con cada uno de los profesionales, tal y como se observa en la tabla 96. Podemos concluir que entre el total de mujeres incontinentes que consultan los profesionales sanitarios más consultados fueron los médicos de AP (66,2% N=51), seguidos en frecuencia por las especialidades de ginecología en primer lugar (39% N= 30) y urología (29,9% N=23) en segundo lugar.

Tabla 96: Distribución de las incontinentes que consultan según el profesional.

PROFESIONAL CONSULTADO	N (%)
Médico (si vs no)	51 (66,2)
Enfermero (si vs no)	6 (7,8)
Ginecólogo	30 (39)
Farmacéutico	0 (0)
Urólogo	23 (29,9)
Naturista	1 (1,3)

-Factores de Riesgo y variables relacionados con la comunicación y la consulta

Si bien la edad se relaciona con la mayor frecuencia de consulta entre mujeres más mayores con respecto a las más jóvenes, al estudiar la frecuencia de consulta o no consulta entre cada uno de los profesionales por edad, no se observan diferencias estadísticamente significativas (tal y como se observa en tabla 97).

Tabla 97: Frecuencia de mujeres que consultan o no y profesional consultado según edad.

Consulta con Profesional	Consulta Si N (%)	Consulta No N (%)	P
Edad			0,001
<44	5 (11,4)	39 (88,6)	
45-54	9 (29)	22 (71)	
>= 55	63 (40,4)	93 (59,6)	
Consulta con MAP	Consulta Si N (%)	Consulta No N (%)	P
Edad			0,271
<44	2 (40)	3 (60)	
45-54	6 (66,6)	3 (33,3)	
>= 55	43 (68,3)	20 (31,7)	
Consulta con Enfermero			
Edad			0,266
<44	0 (0)	5 (100)	
45-54	0 (0)	9 (100)	
>= 55	6 (9,5)	57 (90,5)	
Consulta con Ginecólogo			
Edad			0,868
<44	2 (40)	3 (60)	
45-54	3 (33,3)	6 (66,6)	
>= 55	25 (39,7)	38 (60,3)	
Consulta con Urólogo			
Edad			0,143
<44	3 (60)	2 (40)	
45-54	3 (33,3)	6 (66,6)	
>= 55	17 (27)	46 (73)	
Consulta con Farmacéu.			
Edad			-
<44	0 (0)	5 (100)	
45-54	0 (0)	9 (100)	
>= 55	0 (0)	63 (100)	
Consulta con Naturista			
Edad			0,661
<44	0 (0)	5 (100)	
45-54	0 (0)	9 (100)	
>= 55	1 (2,6)	62 (98,4)	

La puntuación media por esferas entre las incontinentes que consultan y las que no lo hacen con diferentes profesionales se muestra en la tabla 98. Según el cuestionario IIQ, las esferas con mayor afectación en CV entre las mujeres que consultaron con su médico frente a las que no consultaron son la esfera de actividades domésticas, social, ánimo bajo y sentirse desgraciado. Entre las mujeres que consultaron con su enfermero y las que no lo hicieron no existen diferencias estadísticamente significativas por escalas de afectación en CV. Las esferas más afectadas entre las mujeres que consultan con su ginecólogo son la esfera recreativa, social y capacidad para viajes (obteniéndose puntuaciones más altas entre las que consultan y siendo esta diferencia estadísticamente significativa frente a las que no consultan).

Tabla 98: Puntuación media por esferas IIQ entre las mujeres que si/no consultan con su MAP.

Profesional consultado	Consulta Si X (DE)	Consulta No X (DE)	P
Consulta con su MAP			
Actividad Domestica	0,67 (0,816)	0,23 (0,514)	0,0006
Física	1,06 (1,008)	1 (0,980)	0,808
Recreativa	0,86 (0,895)	0,54 (0,905)	0,138
Social	1,16 (1,007)	0,58 (0,902)	0,016
Viajes	0,90 (1,044)	0,65 (0,892)	0,305
Animo Bajo	1,10 (1,100)	0,42 (0,809)	0,003
Frustrado/Desgraciado	0,76 (1,031)	0,31 (0,736)	0,029
Consulta con Enfermero			
Actividad Domestica	0,33 (0,516)	0,54 (0,771)	0,532
Física	0,50 (0,548)	1,08 (1,011)	0,168
Recreativa	0,33 (0,516)	0,79 (0,925)	0,239
Social	1,33 (1,033)	0,93 (1,005)	0,393
Viajes	0,50 (0,837)	0,85 (1,0009)	0,419
Animo Bajo	1,17 (0,983)	0,85 (1,064)	0,477
Frustrado/Desgraciado	0,67 (0,816)	0,61 (0,978)	0,883
Consulta con Ginecólogo			
Actividad Domestica	0,53 (0,730)	0,51 (0,777)	0,899
Física	1,27 (1,081)	0,89 (0,914)	0,108
Recreativa	1,10 (1,029)	0,53 (0,747)	0,006
Social	1,30 (1,055)	0,74 (0,920)	0,017
Viajes	1,17 (1,053)	0,60 (0,901)	0,013
Animo Bajo	0,90 (1,094)	0,85 (1,042)	0,844
Frustrado/Desgraciado	0,77 (1,104)	0,51 (0,856)	0,257
Consulta con Urólogo			
Actividad Domestica	0,43 (0,788)	0,56 (0,744)	0,524
Física	1,22 (1,043)	0,96 (0,971)	0,306
Recreativa	0,57 (0,896)	0,83 (0,906)	0,237
Social	0,87 (1,058)	1,00 (0,991)	0,606
Viajes	0,52 (0,947)	0,94 (0,998)	0,088
Animo Bajo	1,04 (1,147)	0,80 (1,016)	0,350
Frustrado/Desgraciado	0,70 (1,063)	0,57 (0,924)	0,615
Consulta con Farmacéutico			
Actividad Doméstica	-	0,52 (0,754)	-
Física	-	1,04 (0,993)	-
Recreativa	-	0,75 (0,905)	-
Social	-	0,96 (1,006)	-
Viajes	-	0,82 (0,996)	-
Animo Bajo	-	0,87 (1,056)	-
Frustrado/Desgraciado	-	0,61 (0,962)	-

Entre otros factores de riesgo (tabla 99), hay mayor consulta entre mujeres viudas, bajo niveles de estudio, y antecedentes de menopausia, cesárea y estreñimiento.

Tabla 99: Distribución mujeres consultan con profesional según factores de riesgo.

		CONSULTA PROFESIONAL SI VS NO		
		Global	N (%)	p
SOCIODEMOGRAFICAS				
Estado civil	Soltera	23	0 (0)	<0,0001
	Separada	23	6 (26,1)	
	Conviviente/casada	147	51 (34,7)	
	Viuda	38	20 (52,7)	
				0,023
Nivel de Estudios	No posee	37	15 (40,5)	0,130
	Básicos	172	61 (35,5)	
	Diplomatura	16	1 (6,25)	
	Licenciatura	6	0 (0)	
Nacionalidad	Española	198	69 (34,8)	0,130
	Extranjera	29	6 (20,7)	
ANTROPOMÉTRICAS				
IMC	Peso insuficiente	5	2 (40)	0,081
	Normopeso	68	15 (22,1)	
	Sobrepeso 1,2, obesidad 1	43	13 (30,2)	
	Obesidad 2 o >	114	46 (40,4)	
GÍNECO-OBSTÉTRICAS				
Menopausia				
	SI	164	64 (39)	0,004
	NO	67	13 (19,4)	
Cirugía Ginecológica				
	SI	94	35 (37,2)	0,298
	NO	13	42 (30,6)	
Legrado				
	SI	2	9 (45)	0,247
	NO	21	68 (32,2)	
Histectomía				
	Si	20	7 (35)	0,869
	NO	211	70 (33,2)	
Prolapso				
	SI	10	5 (50)	0,253
	NO	221	72 (33,2)	
Cesárea				
	SI	31	4 (12,9)	0,010
	NO	200	73 (36,5)	
Parto				
	SI	184	69 (37,5)	0,138
	NO	47	6 (12,8)	
ESTILOS DE VIDA				
Estreñido				
	SI	57	25 (43,9)	0,052
	NO	174	52 (29,9)	
Ejercicio Físico				
	SI	71	27 (71)	0,313
	NO	160	50 (31,3)	
Alcohol				
	SI	17	3 (17,7)	0,373
	NO	214	49 (22,9)	
Fumador				
	SI	35	12 (34,3)	0,897
	NO	196	65 (33,2)	
ENFERMEDAD CONCOMITANTE				
	SI	57	22 (38,6)	0,331
	NO	174	55 (31,6)	
FARMACOS				
	SI	143	53 (37,)	0,125
	NO	88	24 (27,3)	

- **Severidad (ICIQ-SF) y consulta**

Se muestran a continuación los resultados que relacionan la consulta con algún profesional según la severidad de incontinencia. Para el estudio de severidad empleamos la puntuación categorizada obtenida según ICIQ y se observa que a medida que la mujer tiene mayor afectación en CV, mayor es el porcentaje de consulta con algún profesional. Cabe destacar no obstante que un 34,5% de las mujeres con afectación severa no consultan, asimismo el 67% de las mujeres con afectación moderada no consulta.

Tabla 100: Porcentaje de mujeres con Afectación en CV ICIQ que consultan/no consultan.

Afectación CV	Consulta SI N (%)	Consulta No N (%)	P
			<0,0001
Leve	10 (12,2)	72 (87,8)	
Moderada	31 (33)	63 (67)	
Severa	36 (65,5)	19 (34,5)	

Asimismo la severidad también puede valorarse según dos ítems recogidos en ICIQ-SF que son los ítems de frecuencia de pérdida y de cuantía de pérdida. Las tablas siguientes expresan el grado de consulta entre las categorías de cada uno de estos dos ítems del ICIQ-SF.

- **Frecuencia de consulta por frecuencia de pérdida**

Los resultados en cuanto al porcentaje de mujeres que consultan comparadas con las que no consultan según la frecuencia de pérdidas viene recogida en la tabla 101.

Si observamos ahora por frecuencia de pérdida, tal y como muestra la tabla 101, el porcentaje de mujeres que consultan es mayor entre aquellas que tienen mayores frecuencias de pérdida.

Tabla 101: Porcentaje de mujeres que consultan/no consultan según frecuencia de pérdidas.

Frecuencia Pérdida	Consulta SI N (%)	Consulta No N (%)	P
			< 0,0001
Nunca	1 (9,1)	10 (90,9)	
1 vez/semana	9 (12,7)	62 (87,3)	
2-3v/semana	9 (21,4)	33 (78,6)	
1 vez/día	10 (35,7)	18 (64,3)	
Varias veces/día	37 (59,7)	25 (40,3)	
Continua	11 (64,7)	6 (35,3)	

Respecto a las mujeres que consultan según la cantidad de pérdida de orina, se observa que cuanto mayores son cuantías de pérdida mayor es la frecuencia de consulta con algún profesional.

Tabla 102: Porcentaje de mujeres que consultan/no consultan según cantidad de pérdidas.

Opinión Pérdida	Consulta Si N (%)	Consulta No N (%)	P
			<0,0001
Muy Poca Cantidad	34 (21,7)	123 (78,3)	
Poca Cantidad	0 (0)	4 (100)	
Moderada Cantidad	29 (59,2)	20 (40,8)	
Mucha Cantidad	14 (66,6)	7 (33,3)	

- **Severidad IIQ y Consulta**

En cuanto al estudio de la relación entre la severidad de incontinencia y el cuestionario IIQ, la tabla 103 muestra entre cada una de las categorías de afectación en IIQ qué porcentaje de mujeres consultan y cuántas no lo hacen.

Tabla 103: Afectación en Calidad de Vida (IIQ) y Consulta SI/NO.

Afectación en CV	Consulta Si N (%)	Consulta No N (%)	P
			<0,0001
Nula	10 (16,7)	50 (83,3)	
Leve	39 (33,9)	76 (66,1)	
Moderada	20 (44,4)	25 (55,6)	
Severa	8 (80)	2 (20)	

Al observar la puntuación media de las esferas (tabla 104) valoradas por el IIQ, vemos que entre las que si consultan, tienen en todas las esferas una puntuación media más alta, que entre las que no consultan, siendo estas diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 104: Puntuación Media esferas IIQ entre las mujeres que consultan y las que no lo hacen.

Esferas IIQ	Consulta Si X (DE)	Consulta No X (DE)	P
Domesticas	0,52 (0,754)	0,24 (0,535)	0,004
Físicas	1,04 (0,993)	0,67 (0,819)	0,003
Recreativas	0,75 (0,905)	0,46 (0,761)	0,017
Viajes	0,82 (0,996)	0,58 (0,864)	0,071
Social	0,96 (1,006)	0,46 (0,688)	<0,001
Estado ánimo	0,87 (1,056)	0,48 (0,770)	0,005
Frustrada/Desgraciada	0,61 (0,962)	0,22 (0,537)	0,001

-Subtipo de IU y consulta

Por subtipos de incontinencia destacar que es más frecuente que consulten las mujeres incontinentes con IUM (un 40,6%) que las mujeres con IUU (26,2%) y en menor frecuencia es la consulta entre las mujeres con IUE (23%)

Tabla 105: Frecuencia de consulta/no consulta por subtipos de IU.

Subtipo Incontinencia	Consulta Si N (%)	Consulta No N (%)	P
			0,026
IUE	14 (23)	47 (77)	
IUU	11 (26,2)	31 (73,8)	
IUM	52 (40,6)	76 (59,4)	

5.5.1.2 Comparación de la frecuencia de incontinentes que consultan con un profesional vs la que consultan en otros ámbitos socio-familiares

Respecto a si las pacientes incontinentes comunican en su entorno su problemática entre las que consultan con algún profesional y las que no la distribución se muestra en la siguiente tabla 106.

Podemos observar que las incontinentes no suelen comunicar su problemática entre su entorno. De hecho tan solo el 26% (N=20) de las mujeres que habían previamente consultado con un profesional (N=77) habían comunicado su problema en un ambiente familiar. Asimismo entre las mujeres que no habían consultado (N=154) con un profesional tan solo un 12,3% (N= 19) lo habían comunicado con su entorno.

Tabla 106: Incontinentes que comunican su problema en su entorno habiendo consultado o no con un profesional.

CONSULTA CON SU ENTORNO	INCONTINENTES QUE SI CONSULTARON CON PROFESIONALES N (%)	INCONTINENTES QUE NO CONSULTARON CON PROFESIONALES N (%)	OR (IC 95%)	P
SI	20 (26)	19 (12,3)	2,49 (1,2-5,0)	<0,0001
NO	57 (74)	135 (87,7)		
Total	77 (100)	154 (100)		

Exponemos ahora los distintos entornos posibles de comunicación del problema por parte de las incontinentes, tanto de aquellas que habían buscado apoyo previo en un profesional como de las que no lo habían hecho.

De las mujeres que habían consultado con algún profesional menos del 30% lo había comentado en su entorno familiar, y ese porcentaje se reduce al 9,7% entre las mujeres que ni siquiera habían consultado con ningún profesional. De igual modo, entre todas las

incontinentes que consultaron con un profesional, solo el 20% se lo habían comunicado a su pareja. Aun fue menor el porcentaje de mujeres que lo consultan con su pareja sin haberlo consultado con un profesional (solo el 5,8%). Finalmente solo el 13% de las mujeres que habían consultado con profesionales también habían comentado su problema con sus amistades, reduciéndose al 5,8% entre las que no se lo habían comentado a profesionales.

Tabla 107: Distribución de las incontinentes por entornos de consulta.

ENTORNO CONSULTADO	INCONTINENTES QUE SI CONSULTARON CON PROFESIONALES N (%)	INCONTINENTES QUE NO CONSULTARON CON PROFESIONALES N (%)	OR (IC 95%)	P
FAMILIARES				
SI	21 (27,3)	15 (9,7)	3,47 (1,67-7,22)	<0,001
NO	56 (72,7)	139 (90,3)		
Total	77 (100)	154 (100)		
PAREJA				
SI	16 (20,8)	9 (5,8)	4,22 (1,77-10,08)	<0,001
NO	61 (79,2)	145 (94,2)		
Total	77 (100)	154 (100)		
AMIGOS				
SI	10 (13)	9 (5,8)	2,40 (0,93-6,1)	<0,050
NO	67 (87)	145 (94,2)		
Total	77 (100)	154 (100)		

5.5.1.3 Motivos de la no consulta

5.5.1.3.1 Descriptivo de los motivos de no consulta

Del total de las mujeres incontinentes detectadas N=231 el 66,7% (N=154) no habían consultado. Entre las mujeres que refieren los motivos de no consulta N= 143 la distribución se muestra en la tabla 108, siendo las causas más frecuentes el “no darle importancia”, “considerarlo un proceso normal”.

Tabla 108: Motivos de no consulta.

Motivos de la NO CONSULTA:	N (%)
No darle importancia (SI/NO)	59 (41,3)
Sentir vergüenza (SI/NO)	15 (10,5)
Pensar no tiene solución (SI/NO)	12 (8,4)
Considerarlo un proceso normal (SI/NO)	52 (36,3)
Miedo pruebas complementarias (SI/NO)	4 (2,8)
No confiar en su Médico (SI/NO)	1 (0,7)

A edades más jóvenes es más habitual que se considere IU un proceso sin importancia (un 43,2% no consultan por este motivo entre las mujeres menores de 44 años, mientras que entre los estratos de edad superiores más cerca del 80% no consideran a la IU un proceso sin importancia, siendo estas diferencias estadísticamente significativas). Respecto a la pérdida de confianza, tan solo 1 mujer de edad inferior a 44 años refiere pérdida de confianza respecto al resto de mujeres que si confían en su médico. El resto de motivos de no consulta no muestra diferencias significativas.

Tabla 109: Distribución motivos de no consulta según edad.

Motivos no consulta	SI N (%)	No N (%)	P
No importancia			
Edad			
<44	19 (43,2)	25 (56,8)	0,017
45-54	5 (16,1)	26 (83,9)	
>= 55	35 (22,4)	121 (77,6)	
Sentir vergüenza			
Edad			0,669
<44	3 (6,8)	41 (93,2)	
45-54	3 (9,7)	28 (90,3)	
>= 55	9 (5,8)	147 (94,2)	
Piensa no solución			
Edad			0,761
<44	2 (4,5)	42 (95,5)	
45-54	3 (9,7)	28 (90,3)	
>= 55	7 (4,5)	149 (95,5)	
Considera normal			
Edad			0,661
<44	10 (22,7)	34 (77,3)	
45-54	9 (29)	22 (71)	
>= 55	33 (21,2)	123 (78,8)	
Preocupa Pruebas			
Edad			0,219
<44	2 (4,5)	42 (95,5)	
45-54	0 (0)	31 (100)	
>= 55	2 (1,3)	154 (98,7)	
No confiar en MAP			
Edad			0,062
<44	1 (2,3)	43 (97,7)	
45-54	0 (0)	31 (100)	
>= 55	0 (0)	156 (100)	

Respecto a las mujeres que no consultan por no darle importancia se observa que, cuanto menor es la frecuencia de pérdida, son mayores los porcentajes de mujeres que no consultan por este motivo. Estas diferencias son estadísticamente significativas con respecto a aquellas que no consideran el “no darle importancia” como su motivo de no consulta. De la misma forma, es mayor la consideración de que la IU es un proceso normal entre las mujeres con menores frecuencias de pérdida, con respecto a aquellas mujeres entre las cuales no es

la consideración de normalidad el motivo de no consulta. El resto de motivos de no consulta no se relaciona con la frecuencia de pérdida de orina.

Tabla 110: Distribución entre las que refieren o no determinados motivos de no consulta según frecuencia de pérdida urinaria.

Motivos no consulta	SI N (%)	No N (%)	P
No importancia			
Frecuencia Pérdida			0,003
Nunca	4 (36,4)	7 (63,6)	
1 vez/semana	22 (31)	49 (69)	
2-3v/semana	16 (38,1)	26 (61,9)	
1 vez/día	6 (21,4)	22 (78,6)	
Varias veces/día	10 (16,1)	52 (83,9)	
Continua	1 (5,9)	16 (94,1)	
Sentir vergüenza			
Frecuencia Pérdida			0,210
Nunca	0 (0)	11 (100)	
1 vez/semana	3 (4,2)	68 (95,8)	
2-3v/semana	4 (9,5)	38 (90,5)	
1 vez/día	1 (3,6)	27 (96,4)	
Varias veces/día	5 (8,1)	57 (91,9)	
Continua	2 (11,8)	15 (88,2)	
Piensa no solución			
Frecuencia Pérdida			0,451
Nunca	0 (0)	11 (100)	
1 vez/semana	4 (5,6)	67 (94,4)	
2-3v/semana	5 (11,9)	37 (88,1)	
1 vez/día	0 (0)	28 (100)	
Varias veces/día	3 (4,8)	59 (95,2)	
Continua	0 (0)	17 (100)	
Considera normal			
Frecuencia Pérdida			0,043
Nunca	3 (27,3)	8 (72,7)	
1 vez/semana	20 (28,2)	51 (71,8)	
2-3v/semana	13 (31)	29 (69)	
1 vez/día	4 (14,3)	24 (85,7)	
Varias veces/día	8 (12,9)	54 (87,1)	
Continua	4 (23,5)	13 (76,5)	
Preocupa Pruebas			
Frec. Pérdida			0,706
Nunca	0 (0)	11 (100)	
1 vez/semana	1 (1,4)	70 (98,6)	
2-3v/semana	1 (2,4)	41 (97,6)	
1 vez/día	0 (0)	28 (100)	
Varias veces/día	2 (3,2)	60 (96,8)	
Continua	0 (0)	17 (100)	
No confiar en MAP			
Frec. Pérdida			0,744
Nunca	0 (0)	11 (100)	
1 vez/semana	0 (0)	71 (100)	
2-3v/semana	1 (2,4)	41 (97,6)	
1 vez/día	0 (0)	28 (100)	
Varias veces/día	0 (0)	62 (100)	
Continua	0 (0)	17 (100)	

Respecto a la cuantía de pérdida y su relación con los diferentes motivos de no consulta (ver tabla 111), se evidencia que en las mujeres entre las que el motivo de no consulta de su IU es “no dar importancia”, a medida que las pérdidas son de menor cuantía, mayor es el porcentaje de mujeres que no le dan importancia. De la misma forma, a menores cantidades de pérdidas, más frecuente es que haya mujeres que consideran el proceso como normal y por esto no consulten, con respecto a aquellas entre las que no es considerar la IU como normal la causa de no consulta.

Tabla 111: Distribución de motivos de no consulta según cantidad de pérdida.

Motivos no consulta	SI N (%)	No N (%)	P
No importancia			
Opinión Pérdida			0,001
Muy Poca Cantidad	51 (32,5)	106 (67,5)	
Poca Cantidad	1 (25)	3 (75)	
Moderada Cantidad	5 (10,2)	44 (89,8)	
Mucha Cantidad	2 (9,5)	19 (90,5)	
Sentir vergüenza			
Opinión Pérdida			0,513
Muy Poca Cantidad	11 (7)	146 (93)	
Poca Cantidad	0 (0)	4 (100)	
Moderada Cantidad	4 (8,2)	45 (91,8)	
Mucha Cantidad	0 (0)	21 (100)	
Piensa no solución			
Opinión Pérdida			0,121
Muy Poca Cantidad	9 (5,7)	148 (94,3)	
Poca Cantidad	1 (25)	3 (75)	
Moderada Cantidad	2 (4,1)	47 (95,9)	
Mucha Cantidad	0 (0)	21 (100)	
Considera normal			
Opinión Pérdida			0,001
Muy Poca Cantidad	43 (27,4)	114 (72,6)	
Poca Cantidad	2 (50)	2 (50)	
Moderada Cantidad	6 (12,2)	43 (87,8)	
Mucha Cantidad	1 (4,8)	20 (95,2)	
Preocupa Pruebas			
Opinión Pérdida			0,263
Muy Poca Cantidad	2 (1,3)	155 (98,7)	
Poca Cantidad	0 (0)	4 (100)	
Moderada Cantidad	1 (2)	48 (98)	
Mucha Cantidad	1 (4,6)	20 (95,2)	
No confiar en MAP			
Opinión Pérdida			0,575
Muy Poca Cantidad	1 (0,6)	156 (99,4)	
Poca Cantidad	0 (0)	4 (100)	
Moderada Cantidad	0 (0)	49 (100)	
Mucha Cantidad	0 (0)	21 (100)	

Respecto al subtipo de IU, en la tabla 112 se muestra cómo entre las mujeres con subtipo de incontinencia de IUU es más frecuente que el motivo de consulta sea no darle importancia (40,5%), frente a las mujeres con IUE o IUM (porcentajes del 23% y del 21,9% respectivamente). No existen diferencias significativas entre los subtipos de IU y el resto de motivos de no consulta.

Tabla 112: Distribución motivos de no consulta entre subtipos de incontinencia.

Motivos no consulta	SI N (%)	No N (%)	P
No importancia			
Subtipo Incontinencia			0,033
IUE	14 (23)	47 (77)	
IUU	17 (40,5)	25 (59,5)	
IUM	28 (21,9)	100 (78,1)	
Sentir vergüenza			
Subtipo Incontinencia			0,626
IUE	4 (6,6)	57 (93,4)	
IUU	2 (4,8)	40 (95,2)	
IUM	9 (7)	119 (93)	
Piensa no solución			
Subtipo Incontinencia			0,345
IUE	4 (6,6)	57 (93,4)	
IUU	3 (7,1)	39 (92,9)	
IUM	5 (3,9)	123 (96,1)	
Considera normal			
Subtipo Incontinencia			0,739
IUE	17 (27,9)	44 (72,1)	
IUU	7 (16,7)	35 (83,3)	
IUM	28 (21,9)	100 (78,1)	
Preocupa Pruebas			
Subtipo Incontinencia			0,750
IUE	1 (1,6)	60 (98,4)	
IUU	1 (2,4)	41 (97,6)	
IUM	2 (1,6)	126 (98,4)	
No confiar en MAP			
Subtipo Incontinencia			0,630
IUE	1 (1,6)	60 (98,4)	
IUU	0 (0)	42 (100)	
IUM	0 (0)	128 (100)	

Las mujeres que no le dan importancia a la IU puntúan más bajo en esferas de actividad doméstica, actividad física, actividad social, y sentirse frustrado/desgraciado, con respecto a aquellas mujeres entre las cuales no es el no dar importancia a su IU el motivo de no consulta.

Respecto a las que refieren que sienten vergüenza y por eso no consultan se obtienen puntuaciones más altas en la esfera de actividades físicas con respecto a aquellas entre las que no es el sentir vergüenza el motivo de no consulta.

Entre las que piensan que no tienen solución la esfera que más se relaciona entre las que no consultan es la esfera física, en la que se obtienen mayores puntuaciones en las que el motivo de no consulta es por este motivo respecto a las que no es pensar que no tiene solución el motivo de no consultan. De la misma forma se puntúa más entre las que no consultan porque piensan que no tiene solución en la esfera de actividad domestica (dato en el límite de la significación estadística).

No existen diferencias estadísticamente significativas por esfera de afectación en CV entre las que no consultan por considerar la IU un proceso normal con respecto a las que no es este el motivo de no consultar.

Las mujeres que no consultan por miedo a pruebas complementarias puntúan más bajo en esferas de estado de ánimo respecto a las mujeres entre las cuales no es el miedo a pruebas complementarias el motivo de no consulta.

Tabla 113: Puntuación media de esferas de CV IIQ entre motivos de no consulta.

Motivos no consulta	SI N (%)	No N (%)	P
No importancia			
Actividad Domestica	0,08 (0,281)	0,42 (0,692)	<0,0001
Física	0,59 (0,768)	0,86 (0,929)	0,049
Recreativa	0,54 (0,773)	0,57 (0,840)	0,842
Social	0,39 (0,670)	0,71 (0,879)	0,005
Viajes	0,56 (0,933)	0,69 (0,909)	0,345
Animo Bajo	0,41 (0,768)	0,68 (0,923)	0,025
Frustrado/Desgraciado	0,10 (0,357)	0,43 (0,804)	<0,0001
Sentir vergüenza			
Actividad Domestica	0,40 (0,632)	0,33 (0,631)	0,659
Física	1,33 (0,724)	0,75 (0,896)	0,015
Recreativa	0,80 (0,941)	0,54 (0,840)	0,245
Social	0,93 (0,884)	0,60 (0,836)	0,144
Viajes	0,60 (0,910)	0,66 (0,918)	0,805
Animo Bajo	0,73 (0,884)	0,60 (0,895)	0,591
Frustrado/Desgraciado	0,47 (0,915)	0,34 (0,718)	0,516

Piensa no solución			
Actividad Domestica	0,67 (0,778)	0,31 (0,618)	0,057
Física	1,58 (0,793)	0,75 (0,883)	0,002
Recreativa	1,08 (1,165)	0,53 (0,792)	0,132
Social	0,83 (0,835)	0,61 (0,841)	0,382
Viajes	0,92 (1,165)	0,64 (0,901)	0,313
Animo Bajo	1,00 (0,953)	0,59 (0,887)	0,123
Frustrado/Desgraciado	0,67 (0,985)	0,33 (0,713)	0,121
Considera normal			
Actividad Domestica	0,29 (0,572)	0,34 (0,647)	0,586
Física	0,83 (0,834)	0,78 (0,916)	0,745
Recreativa	0,62 (0,796)	0,54 (0,831)	0,588
Social	0,58 (0,750)	0,64 (0,867)	0,633
Viajes	0,67 (0,944)	0,65 (0,909)	0,883
Animo Bajo	0,63 (0,908)	0,61 (0,891)	0,844
Frustrado/Desgraciado	0,37 (0,687)	0,34 (0,744)	0,844
Preocupa Pruebas			
Actividad Domestica	0,25 (0,500)	0,33 (0,633)	0,797
Física	0,75 (0,957)	0,79 (0,897)	0,926
Recreativa	0,50 (1,00)	0,56 (0,821)	0,882
Social	0,75 (0,957)	0,62 (0,841)	0,767
Viajes	0,75 (0,957)	0,65 (0,917)	0,837
Animo Bajo	0,00 (0,00)	0,62 (0,897)	<0,0001
Frustrado/Desgraciado	0,00 (0,00)	0,35 (0,735)	<0,0001

5.5.1.3.2 Descriptivo de los motivos de no consulta con respecto a Factores de Riesgo

Las tablas 114-119 muestran a continuación la descripción de los distintos motivos de consulta y los distintos factores de riesgo relacionados con IU.

En la tabla 114 se muestra la relación de los distintos factores de riesgo y variables con respecto al motivo de no consulta “no darle importancia”. El estado civil se relaciona con este motivo de no consulta de modo que, entre las solteras es más frecuente no darle importancia, mientras que en el resto de estados civiles son mucho menores los porcentajes de no consulta por no darle importancia. El nivel de estudios también se relaciona con este motivo de no consulta; de modo que cerca de la mitad de las mujeres con niveles de estudio superiores no consultan por no darle importancia, mientras que entre las mujeres con estudios básicos o sin estudios, son mucho menores las cifras de mujeres que consideran no darle importancia como el motivo de no consulta.

Respecto a los antecedentes gineco-obstétricos, es entre las mujeres no menopáusicas y sin antecedente de parto entre las que se observan mayores porcentajes de mujeres que refieren no darle importancia, con respecto a mujeres menopáusicas o con antecedente de parto, siendo estas diferencias estadísticamente significativas.

De la misma forma, entre los estilos de vida, no ser estreñida se relaciona más frecuentemente con no consultar por no darle importancia.

Entre las no consumidoras de fármacos es más frecuente el motivo de no darles importancia con respecto a las consumidoras.

La tabla 115 muestra la relación de Factores de riesgo y variables estudiadas respecto al motivo de no consulta “sentir vergüenza”. Entre las mujeres con nivel de estudios más elevados no existen mujeres que no consulten por sentir vergüenza, y los mayores porcentajes de mujeres que no consultan por sentir vergüenza se encuentran entre las mujeres sin estudios. El resto de los factores de riesgo estudiados no tienen relación con sentir vergüenza como motivo de no consulta.

En la tabla 116 se muestran los factores de riesgo en relación con las mujeres que no consultan por “pensar no tiene solución”. Ninguna mujer incontinente con altos niveles de formación refiere como motivo de no consulta el “pensar que no tienen solución”, los mayores porcentajes de no consultar por este motivo se encuentran entre las mujeres sin estudios siendo estas diferencias estadísticamente significativas.

Respecto al motivo de no consulta por “considerar el proceso normal” los resultados que relacionan dicho motivo de no consulta con los distintos factores de riesgo estudiados se muestra en la tabla 117. Entre las mujeres histerectomizadas un 40% de las mujeres que no consultan refieren que esto es debido a que consideran el proceso como normal (dato en el límite de la significación estadística). Asimismo entre las mujeres con antecedente de enfermedad concomitante hay mayor porcentaje de mujeres que refieren considerar la IU como un proceso normal con respecto a las que no tienen antecedente de enfermedad.

No hay relación entre factores de riesgo y variables estudiadas con no consultar por “preocupación por pruebas complementarias” ni con “no confiar en su MAP”, tal y como se muestra en tablas 118 y 119.

Tabla 114: Distribución mujeres que no dan importancia a IU según factores de riesgo.

FACTORES DE RIESGO		NO CONSULTA POR NO DARLE IMPORTANCIA		
		N	Global N (%)	P
SOCIODEMOGRAFICAS				
Estado civil	Soltera	23	12 (52,2)	0,014
	Separada	23	5 (21,7)	
	Conviviente/casada	147	34 (23,1)	
	Viuda	38	8 (21,1)	
Nivel de Estudios	No posee	37	8 (21,6)	0,030
	Básicos	172	40 (23,3)	
	Diplomatura	16	8 (50)	
	Licenciatura	6	3 (50)	
GINECO-OBSTÉTRICAS				
Menopausia				0,038
	SI	164	36 (22)	
NO		67	23 (24,3)	0,142
	Cir. Ginecológica			
SI		94	28 (29,8)	0,233
	NO	137	31 (22,6)	
Legrado				0,403
	SI	20	7 (35)	
NO		211	52 (24,6)	0,233
	Histerectomía			
SI		20	6 (30)	0,271
	NO	211	54 (25,1)	
Prolapso				0,003
	SI	10	4 (40)	
NO		221	55 (24,9)	0,003
	Cesárea			
SI		31	6 (19,4)	0,398
	NO	200	53 (26,5)	
Partos				0,398
	SI	184	39 (21,2)	
NO		47	20 (42,6)	0,398
ESTILOS DE VIDA				
Estreñido				0,014
	SI	57	8 (14)	
NO		174	51 (29,3)	0,552
	Ejercicio Físico			
SI		71	18 (25,4)	0,109
	NO	160	41 (25,6)	
Alcohol				0,398
	SI	17	7 (41,2)	
NO		214	52 (24,3)	0,398
	Fumadores			
SI		35	10 (28,6)	0,398
	NO	196	49 (25)	
ENFERMEDAD CONCOMITANTE				
	SI	57	14 (24,6)	0,49
	NO	174	45 (25,9)	
FARMACOS				
	SI	143	30 (21)	0,031
	NO	88	29 (33)	

Tabla 115: Frecuencia de Factores de Riesgo en las mujeres que sienten vergüenza.

		NO CONSULTA POR “SENTIR VERGÜENZA”		
		Global	N (%)	P
SOCIODEMOGRÁFICAS				
Estado civil	Soltera	23	1 (4,3)	0,737
	Separada	23	2 (8,7)	
	Conviviente/casada	147	9 (6,1)	
	Viuda	38	3 (7,9)	
	Nivel de Estudios			0,012
	No posee	37	6 (16,2)	
	Básicos	172	9 (5,2)	
	Diplomatura	16	0 (0)	
	Licenciatura	6	0 (0)	
GINECO-OBSTÉTRICAS				
Menopausia				0,244
	SI	164	9 (5,5)	
	NO	67	6 (9)	
Cir. Ginecológica				0,193
	SI	94	4 (4,3)	
	NO	137	11 (8)	
Legrado				0,620
	SI	20	1 (5)	
	NO	211	14 (6,6)	
Histerectomía				0,620
	SI			
	NO	20	1 (5)	
		211	14 (6,6)	
Prolapso				0,504
	SI	10	0 (0)	
	NO	221	15 (6,8)	
Cesárea				0,374
	SI	31	1 (3,2)	
	NO	200	14 (7)	
Partos				0,636
	SI	184	12 (6,5)	
	NO	47	3 (6,4)	
ESTILOS DE VIDA				
Estreñido				0,531
	SI	57	4 (7)	
	NO	174	11 (6,3)	
Ejercicio Físico				0,488
	SI	71	4 (5,6)	
	NO	160	11 (6,9)	
Alcohol				0,087
	SI	17	3 (17,6)	
	NO	214	12 (5,6)	
Fumadores				0,078
	SI	35	0 (0)	
	NO	196	15 (7,7)	
ENFERMEDAD CONCOMITANTE				
	SI	57	4 (7)	0,531
	NO	174	11 (6,3)	
FÁRMACOS				
	SI	143	11 (7,7)	0,256
	NO	88	4 (4,5)	

Tabla 116: Frecuencia de F.R. en las mujeres que piensan no tiene solución.

NO CONSULTA POR “Pensar No solución”				
		N	Global N (%)	P
SOCIODEMOGRÁFICAS				
Estado civil	Soltera	23	1 (4,3)	0,822
	Separada	23	2 (8,7)	
	Conviviente/casada	147	6 (4,1)	
	Viuda	38	3 (7,9)	
Nivel de Estudios				0,020
No posee		37	5 (13,5)	
Básicos		172	7 (4,1)	
Diplomatura		16	0 (0)	
Licenciatura		6	0 (0)	
GINECO-OBSTÉTRICAS				
Menopausia				0,478
SI	164	8 (4,9)	0,584	
	NO	67		4 (6)
	Cir. Ginecológica			
	SI	94		5 (5,3)
NO	137	7 (5,1)		
Legrado				0,328
SI	20	0 (0)	0,278	
	NO	211		12 (5,7)
Histerectomía				0,278
SI	20	2 (10)	0,420	
	NO	211		10 (4,7)
Prolapso				0,420
SI	10	1 (10)	0,503	
	NO	221		11 (5)
Cesárea				0,503
SI	31	1 (3,2)	0,544	
	NO	200		11 (5,5)
Partos				0,544
SI	184	10 (5,4)	2 (4,3)	
	NO	47		
ESTILOS DE VIDA				
Estreñido				0,396
SI	57	2 (3,5)	0,467	
	NO	174		10 (5,7)
Ejercicio Físico				0,467
SI	71	3 (4,2)	0,610	
	NO	160		9 (5,6)
Alcohol				0,610
SI	17	1 (5,9)	0,432	
	NO	214		11 (5,1)
Fumadores				0,432
SI	35	1 (2,9)	11 (5,6)	
	NO	196		
ENFERMEDAD CONCOMITANTE				
				0,339
SI	57	4 (7)	8 (4,6)	
	NO	174		
FÁRMACOS				
				0,492
SI	143	8 (5,6)	4 (4,5)	
	NO	88		

Tabla 117: Frecuencia de F.R. en las mujeres que consideran el proceso normal.

NO CONSULTA POR “Considerar proceso normal”				
		N	Global N (%)	P
SOCIODEMOGRÁFICAS				
Estado civil	Soltera	23	5 (21,7)	0,554
	Separada	23	9 (39,1)	
	Conviviente/casada	147	29 (19,7)	
	Viuda	38	9 (23,7)	
				0,417
	Nivel de Estudios			
	No posee	37	11 (29,7)	
	Básicos	172	36 (20,9)	
	Diplomatura	16	4 (25)	
	Licenciatura	6	1 (16,7)	
GINECO-OBSTÉTRICAS				
	Menopausia			0,437
	SI	164	36 (22)	
	NO	67	16 (23,9)	
	Cir. Ginecológica			0,332
	SI	94	23 (24,5)	
	NO	137	29 (21,2)	
	Legrado			0,483
	SI	20	5 (25)	
	NO	211	47 (22,3)	
	Histerectomía			0,052
	SI	20	8 (40)	
	NO	211	44 (20,9)	
	Prolapso			0,299
	SI	10	1 (10)	
	NO	221	51 (23,1)	
	Cesárea			0,425
	SI	31	6 (19,4)	
	NO	200	46 (23)	
	Partos			0,496
	SI	184	42 (22,8)	
	NO	47	10 (21,3)	
ESTILOS DE VIDA				
	Estreñido			0,459
	SI	57	12 (21,1)	
	NO	174	40 (23)	
	Ejercicio Físico			0,199
	SI	71	13 (18,3)	
	NO	160	39 (24,2)	
	Alcohol			0,441
	SI	17	3 (17,6)	
	NO	214	49 (22,9)	
	Fumadores			0,126
	SI	35	11 (31,4)	
	NO	196	41 (20,9)	
ENFERMEDAD CONCOMITANTE				
	SI	57	18 (31,6)	0,046
	NO	174	34 (19,5)	
FÁRMACOS				
	SI	143	33 (23,1)	0,463
	NO	88	19 (21,6)	

Tabla 118: Frecuencia de F.R. en las mujeres que se preocupan por pruebas complementarias.

		NO CONSULTA POR		“Preocupación por Pruebas Comp.”
		N	Global N (%)	P
SOCIODEMOGRÁFICAS				
	Estado civil	23	1 (4,3)	0,771
	Soltera	23	0 (0)	
	Separada	147	2 (1,4)	
	Conviviente/casada	38	1 (2,6)	
	Viuda			
	Nivel de Estudios			0,060
	No posee	37	0 (0)	
	Básicos	172	2 (1,2)	
	Diplomatura	16	2 (12,5)	
	Licenciatura	6	0 (0)	
GINECO-OBSTÉTRICAS				
	Menopausia			0,075
	SI	164	1 (0,6)	
	NO	67	3 (4,5)	
Cir. Ginecológica				0,185
	SI	94	3 (3,2)	
	NO	137	1 (0,7)	
	Legrado			0,694
	SI	20	0 (0)	
	NO	211	4 (1,9)	
Histerectomía				0,306
	SI	20	1 (5)	
	NO	211	3 (1,4)	
	Prolapso			0,837
	SI	10	0 (0)	
	NO	221	4 (1,8)	
Cesárea				0,440
	SI	31	1 (3,2)	
	NO	200	3 (1,5)	
Partos				0,600
	SI	184	3 (1,6)	
	NO	47	1 (2,1)	
ESTILOS DE VIDA				
	Estreñido			0,255
	SI	57	2 (3,5)	
	NO	174	2 (1,1)	
Ejercicio Físico				0,639
	SI	71	1 (1,4)	
	NO	160	3 (1,9)	
Alcohol				0,735
	SI	17	0 (0)	
	NO	214	4 (1,9)	
Fumadores				0,516
	SI	35	0 (0)	
	NO	196	4 (2)	
ENFERMEDAD CONCOMITANTE				
	SI	57	0 (0)	0,319
	NO	174	4 (2,3)	
FÁRMACOS				
	SI	143	2 (1,4)	0,492
	NO	88	2 (2,3)	

Tabla 119: Frecuencia de F.R. en las mujeres que no confían en su MAP.

		NO CONSULTA POR “No confiar en su MAP.”		
		N	Global N (%)	P
SOCIODEMOGRÁFICAS				
Estado civil	Soltera	23	0 (0)	0,867
	Separada	23	0 (0)	
	Conviviente/casada	147	1 (0,7)	
	Viuda	38	0 (0)	
Nivel de Estudios	No posee	37	0 (0)	0,071
	Básicos	172	0 (0)	
	Diplomatura	16	1 (6,3)	
	Licenciatura	6	0 (0)	
GINECOOBSTÉTRICAS				
Menopausia				0,290
	SI	164	0 (0)	
NO		67	1 (1,5)	0,407
	Cir. Ginecológica			
SI		94	1 (1,1)	0,913
	NO	137	0 (0)	
Legrado				0,913
	SI	20	0 (0)	
NO		211	1 (0,5)	0,913
	Histerectomía			
SI		20	0 (0)	0,957
	NO	211	1 (0,5)	
Prolapso				0,134
	SI	10	0 (0)	
NO		221	1 (0,5)	0,203
	Cesárea			
SI		31	1 (3,2)	0,203
	NO	200	0 (0)	
Partos				0,203
	SI	184	0 (0)	
NO		47	1 (2,1)	
	ESTILOS DE VIDA			
Estreñido				0,753
	SI	57	0 (0)	
NO		174	1 (0,6)	0,693
	Ejercicio Físico			
SI		71	0 (0)	0,926
	NO	160	1 (0,6)	
Alcohol				0,848
	SI	17	0 (0)	
NO		214	1 (0,5)	0,848
	Fumadores			
SI		35	0 (0)	0,848
	NO	196	1 (0,5)	
ENFERMEDAD CONCOMITANTE				
	SI	57	0 (0)	0,753
	NO	174	1 (0,6)	
FÁRMACOS				
	SI	143	0 (0)	0,381
	NO	88	1 (1,1)	

5.5.2 MEDIDAS ADOPTADAS FRENTE A LA INCONTINENCIA URINARIA

5.5.2.1. Análisis descriptivo de medidas adoptadas frente a la IU.

De las mujeres incontinentes entre las que se recogió información sobre la adopción de medidas (N=224), se sabe que N=143 (63,8 %) si adoptaron medidas y N=81 (36,2 %) no adoptaron medidas. De las 143 que toman medidas la distribución de cada medida se muestra en tabla 120.

Tabla 120: Distribución del total de mujeres que responden sobre cada medida y el uso de cada una de esas medidas.

	N total recogido	Uso Cada medida si N (%) Si vs No
Medidas:		
Absorbentes	103	87 (84,5)
Compresas	140	101 (72,1)
Salvaslip	95	33 (34,7)
Pañales	135	3 (2,2)
Consumo líquidos	138	14 (10,1)
Ejercicios Suelo	139	19 (13,7)

5.5.2.2. Uso de medidas frente a la IU según frecuencia y cantidad de pérdida.

No existe relación entre las mujeres que usan y las que no usan determinadas medidas con respecto a la frecuencia, tal y como se observa en la tabla 121.

Tabla 121: Distribución mujeres usan/no usan determinada medida según frecuencia IU.

Medida Usada	SI N (%)	No N (%)	P
Absorbentes			
Frec. Pérdida			0,759
Nunca	3 (100)	0 (0)	
1 vez/semana	17 (81)	4 (19)	
2-3v/semana	15 (88,2)	2 (11,8)	
1 vez/día	10 (76,9)	3 (23,1)	
Varias veces/día	32 (82,1)	7 (17,9)	
Continua	10 (100)	0 (0)	
Compresas			
Frec. Pérdida			0,071
Nunca	2 (50)	2 (50)	
1 vez/semana	13 (52)	12 (48)	
2-3v/semana	19 (76)	6 (24)	
1 vez/día	17 (89,5)	2 (10,5)	
Varias veces/día	40 (75,5)	13 (24,5)	
Continua	10 (71,4)	4 (28,6)	

Salvaslip			
Frec. Pérdida			0,083
Nunca	2 (66,7)	1 (33,3)	
1 vez/semana	11 (57,9)	8 (42,1)	
2-3v/semana	4 (26,7)	11 (73,3)	
1 vez/día	2 (20)	8 (80)	
Varias veces/día	9 (23,7)	29 (76,3)	
Continua	5 (50)	5 (50)	
Pañales			
Frec. Pérdida			0,385
Nunca	0 (0)	3 (100)	
1 vez/semana	0 (0)	25 (100)	
2-3v/semana	0 (0)	24 (100)	
1 vez/día	1 (5,9)	16 (94,1)	
Varias veces/día	2 (3,8)	50 (96,2)	
Continua	0 (0)	14 (100)	
Restricción líquid			
Frec. Pérdida			0,827
Nunca	0 (0)	4 (100)	
1 vez/semana	2 (7,7)	24 (92,3)	
2-3v/semana	5 (20,8)	19 (79,2)	
1 vez/día	1 (5,3)	18 (94,7)	
Varias veces/día	5 (9,8)	46 (90,2)	
Continua	1 (7,1)	13 (92,9)	
Ejercicios Suelo			
Frec. Pérdida			0,321
Nunca	0 (0)	4 (100)	
1 vez/semana	6 (23,1)	20 (76,9)	
2-3v/semana	3 (12)	22 (88)	
1 vez/día	3 (15,8)	16 (84,2)	
Varias veces/día	6 (11,8)	45 (88,2)	
Continua	1 (7,1)	13 (92,9)	

Tampoco existen diferencias significativas según cuantía de pérdida y uso de determinadas medidas (ver tabla 122).

Tabla 122: Distribución mujeres usan/no usan determinada medida según frecuencia IU.

Medida Usada	SI N (%)	No N (%)	P
Absorbentes			
Opinión Pérdida			0,553
Muy Poca Cantidad	55 (85,9)	9 (14,1)	
Moderada Cantidad	20 (83,3)	4 (16,7)	
Mucha Cantidad	12 (80)	3 (20)	
Compresas			
Opinión Pérdida			0,085
Muy Poca Cantidad	54 (65,1)	29 (34,9)	
Moderada Cantidad	35 (85,4)	6 (14,6)	
Mucha Cantidad	12 (75)	4 (25)	
Salvaslip			
Opinión Pérdida			0,556
Muy Poca Cantidad	22 (37,9)	36 (62,1)	
Moderada Cantidad	6 (27,3)	16 (72,7)	
Mucha Cantidad	5 (33,3)	10 (66,7)	

Pañales			
Opinión Pérdida			0,630
Muy Poca Cantidad	2 (2,5)	78 (97,5)	
Moderada Cantidad	1 (2,6)	38 (97,4)	
Mucha Cantidad	0 (0)	16 (100)	
Restricción líquidos			
Opinión Pérdida			0,404
Muy Poca Cantidad	8 (9,6)	75 (90,4)	
Moderada Cantidad	3 (7,3)	38 (92,7)	
Mucha Cantidad	3 (21,4)	11 (78,6)	
Ejercicios Suelo			
Opinión Pérdida			0,408
Muy Poca Cantidad	11 (13,3)	72 (86,7)	
Moderada Cantidad	4 (9,8)	37 (90,2)	
Mucha Cantidad	4 (26,7)	11 (73,3)	

5.5.2.3. Uso de medidas según distintos entornos socio familiares.

Entre las mujeres que adoptaron medidas N=143 y que no lo hicieron N=81, entre las que si adoptaron medidas el 22,4% si consultaron con su entorno, mientras que tan solo el 8,6% de las que no usaron medida había consultado con su entorno (siendo estas diferencias estadísticamente significativas). Vemos que tanto entre los entornos de con amigos o pareja, son mayores los porcentajes de uso de medidas frente al no uso siendo estos resultados estadísticamente significativos (ver tabla 123).

Tabla 123: Distribución de entornos de consulta según adopción de medidas.

	CONSULTA FAMILIA SI N (%)	CONSULTA FAMILIA NO N (%)	OR (IC 95%)	P
Medidas				0,128
SI	27 (18,9)	116 (81,1)	1,86 (0,829-4,18)	
NO	9 (11,1)	72 (88,9)		
	CONSULTA PAREJA SI N (%)	CONSULTA PAREJA NO N (%)	OR (IC 95%)	P
Medidas				0,008
SI	22 (15,4)	121 (84,6)	4,73 (1,37-16,33)	
NO	3 (3,7)	78 (96,3)		
	CONSULTA AMIGOS SI N (%)	CONSULTA AMIGOS NO N (%)	OR (IC 95%)	P
Medidas				0,015
SI	17 (11,9)	126 (88,1)	5,33 (1,19-23,7)	
NO	2 (2,5)	79 (97,5)		
	CONSULTA NADIE N (%)	CONSULTA ALGUIEN N (%)	OR (IC 95%)	P
Medidas				0,108
SI	11 (7,7)	132 (92,3)	3,29 (0,71-15,23)	
NO	2 (2,5)	79 (97,5)		

Entre las que consultan con cualquiera de los entornos sociales (familiar, pareja o amigos) hay mayor restricción de líquidos que entre los que consultan. En el resto de entornos no existen diferencias estadísticamente significativas entre las que usan determinadas medidas en función de si había consultado o no.

Tabla 124: Distribución de consulta con diferentes entornos socio familiares según uso de determinadas medidas.

Medida	N	CONSULTA FAMILIA SI VS NO N (%)	CONSULTA PAREJA SI VS NO N (%)	CONSULTA AMIGOS SI VS NO N (%)
Uso absorbente				
SI	87	25 (28,7)	18 (20,7)	13 (15)
NO	16	4 (25)	4 (25)	4 (25)
P		0,528	0,699	0,319
Uso compresas				
SI	101	20 (19,8)	13 (12,9)	10 (10)
NO	39	8 (20,5)	5 (12,8)	4 (10,3)
P		0,925	0,994	0,950
Uso salvaslip				
SI	33	9 (27,3)	5 (15,2)	4 (12,1)
NO	62	18 (29)	12 (19,4)	10 (16,1)
P		0,856	0,611	0,600
Uso pañales				
SI	3	1 (33,3)	1 (33,3)	0 (0)
NO	132	26 (19,7)	16 (12,1)	14 (10,6)
P		0,559	0,273	0,551
Restringe líquid.				
SI	14	6 (42,9)	5 (35,7)	4 (28,6)
NO	124	25 (20,2)	16 (12,9)	12 (9,7)
P		0,054	0,024	0,036
Suelo Pélvico				
SI	19	4 (21,1)	4 (21,1)	2 (10,5)
NO	120	27 (22,5)	17 (14,2)	14 (11,6)
P		0,888	0,436	0,885

5.5.2.4. Uso de medidas y su relación con la consulta profesional.

Se observa que entre las incontinentes que tomaron medidas cerca de la mitad habían consultado con un profesional, y entre las que no adoptaron medidas tan solo un 11% habían consultado. Estos resultados son estadísticamente significativos.

Tabla 125: Comparación de medidas adoptadas entre incontinentes que consultan con profesionales y las que no lo hacen.

	INCONTINENTES QUE SI CONSULTARON CON PROFESIONALES N (%)	INCONTINENTES QUE NO CONSULTARON CON PROFESIONALES N (%)	OR (IC 95%)	P
Medidas:				<0,0001
SI	65 (45,5)	78 (54,5)	6,66 (3,09-14,35)	
NO	9 (11,1)	72 (88,9)		
Total	74	150		

La tabla 126 muestra que no existen diferencias entre el uso o no de una medida y la consulta con profesionales.

Tabla 126: Distribución de las incontinentes que consultan si/no según uso de medidas.

MEDIDA	INCONTINENTES QUE SI CONSULTARON CON PROFESIONALES N (%)	INCONTINENTES QUE NO CONSULTARON CON PROFESIONALES N (%)	OR (IC 95%)	P
Uso de Absorb:				0,22
SI	37 (42,5)	50 (57,5)	0,57 (0,19-1,68)	
NO	9 (56,2)	7 (43,8)		
Uso de Compresas:				0,10
SI	50 (49,5)	51 (50,5)	1,75 (0,81-3,75)	
NO	14 (35,9)	25 (64,1)		
Uso Salvasilip:				0,090
SI	11 (33,3)	22 (66,6)	0,5 (0,20-1,20)	
NO	31 (50)	31 (50)		
Uso Pañales:				0,09
SI	3 (100)	0 (0)	2,2 (1,8-2,7)	
NO	59 (44,7)	73 (55,3)		
Consumo de líquidos				0,277
SI	8 (57,1)	6 (42,9)	1,85 (0,60-5,64)	
NO	52 (42)	72 (58)		
Ejerc. Suelo Pelvis				0,141
SI	11 (57,9)	8 (42,1)	1,92 (0,72-5,13)	
NO	50 (41,7)	70 (58,3)		

Entre las mujeres que usaron absorbentes la puntuación en esfera de relación social y esferas emocionales, es más alta entre las que buscan ayuda y consulta con respecto a aquellas que únicamente usan absorbentes sin consultar con profesionales.

Tabla 127: Comparación de afectación CV esferas ICIQ-SF según consulta si/no en mujeres que usan absorbentes.

Usan absorbentes	SI CONSULTA Media (DE)	NO CONSULTA Media DE)	P
Actividad Doméstica	0,62 (0,828)	0,34 (0,593)	0,083
Física	1,24 (1,090)	0,98 (0,892)	0,234
Recreativa	0,95 (0,998)	0,82 (0,941)	0,549
Social	1,11 (1,100)	0,60 (0,782)	0,020
Viajes	0,89 (1,100)	0,74 (1,006)	0,505
Animo Bajo	1,08 (1,115)	0,58 (0,859)	0,026
Frustrado/Desgraciado	0,95 (1,104)	0,28 (0,671)	0,002

Entre las mujeres que sí consultaron con profesionales y se obtuvo información respecto al uso de absorbente N=46, podemos ver que no se observan diferencias estadísticamente significativas por edad respecto al uso/no uso de absorbentes. Ver tabla 128.

Asimismo entre las que no consultan lo más frecuente es usar absorbentes a cualquier edad, por encima del 80% en mujeres por encima de 45 años y del 70% entre mujeres de edad inferior a los 45. Estos resultados se encuentran al límite de la significación estadística.

Tabla 128: Relación entre consulta/no consulta y uso de absorbentes por edad.

CONSULTA PROFESIONAL	USO ABSORBENTES SI N (%)	USO DE ABSORBENTES NO N (%)	P
Si consulta			
Edad			0,493
<44	1 (2,7)	0 (0)	
45-54	5 (13,5)	0 (0)	
>= 55	31 (83,8)	9 (100)	
Total	37 (100)	9 (100)	
No consulta			
Edad			0,059
<44	9 (18)	4 (57,1)	
45-54	7 (14)	0 (0)	
>= 55	34 (68)	3 (42,9)	
Total	50 (100)	7 (100)	

Tampoco se evidencian diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres que consultan o que no consultan y el uso o no de absorbentes según subtipos de IU, tal y como se ve en la tabla 129.

Tabla 129: Relación entre consulta/no consulta y el uso de absorbentes por subtipo IU.

CONSULTA PROF.	USO ABSORB SI N (%)	USO DE ABORBENTES NO N (%)	P
Si consulta			
Subtipo IU			0,493
IUE	8 (21,6)	1 (11,1)	
IUU	8 (21,6)	2 (22,2)	
IUM	21 (56,8)	6 (66,6)	
Total	37 (100)	9 (100)	
No consulta			
Subtipo IU			0,965
IUE	13 (26)	1 (14,3)	
IUU	11 (22)	3 (42,9)	
IUM	26 (52)	3 (42,9)	
Total	50 (100)	7 (100)	

No hay diferencias estadísticamente significativas entre el grado de afectación en calidad de vida tanto a través de cuestionario ICIQ (ver tabla 130) como a través de cuestionario IIQ (ver tabla 131), y el uso o no de absorbentes entre las mujeres que habían consultado con algún profesional.

Tabla 130: Relación entre mujeres que consultan y que no consultan con respecto al uso/no uso de absorbentes según afectación en CV ICIQ.

CONSULTA PROF.	USO ABSORB SI N (%)	USO DE ABORBENTES NO N (%)	P
Si consulta			
Afectación CV			0,572
ICIQ	5 (13,5)	1 (11,1)	
Leve	16 (43,2)	3 (33,3)	
Moderada	16 (43,2)	5 (55,5)	
Severa			
No consulta			
Afectación CV			0,181
Leve	9 (18)	2 (28,6)	
Moderada	29 (58)	5 (71,4)	
Severa	12 (24)	0 (0)	
Total	50 (100)	7 (100)	

Tabla 131: Relación entre mujeres que consultan y que no consultan con respecto al uso/no uso de absorbentes según afectación en CV IIQ.

CONSULTA PROFESIONAL	USO ABSORB SI N (%)	USO DE ABORBENTES No N (%)	P
Si consulta			
Afectación CV IIQ			0,078
Nula	7 (18,9)	1 (11,1)	
Leve	11 (29,7)	8 (88,8)	
Moderada	12 (32,4)	0 (0)	
Severa	7 (18,9)	0 (0)	
No consulta			
Afectación CV			0,484
Nula	13 (26)	1 (14,3)	
Leve	22 (44)	6 (85,7)	
Moderada	13 (26)	0 (0)	
Severa	2 (4)	0 (0)	
Total	50 (100)	7 (100)	

Entre las que no consultan la distribución de las que usan o no usan de absorbentes según frecuencia de pérdida se muestra en tabla 132.

Se observa que lo más frecuente entre las que no consultan y usan compresas es que las perdidas sean varias veces al día, con respecto a las que no consultan y no las usan que el porcentaje más elevado es de una vez a la semana.

Tabla 132: Distribución de uso/no uso de absorbentes entre las mujeres que no consultan según frecuencia de pérdida.

	SI Uso compresas N (%)	No Uso compresas N (%)	P
No consultaron			
Frec. Pérdida			0,415
Nunca	2 (4)	0 (0)	
1 vez/semana	12 (24)	3 (42,9)	
2-3v/semana	12 (24)	1 (14,3)	
1 vez/día	5 (10)	2 (28,6)	
Varias veces/día	16 (32)	1 (14,3)	
Continua	3 (6)	0 (0)	
Total	50 (100)	7 (100)	
Opinión Pérdida			0,398
Muy Poca Cantidad	37 (74)	6 (85,7)	
Moderada Cantidad	8 (16)	1 (14,3)	
Mucha Cantidad	5 (10)	0 (0)	
Total	50 (100)	7 (100)	

	SI Uso compresas SI N (%)	NO Uso compresas N (%)	P
No consultaron			
Frec. Pérdida			0,025
Nunca	1 (2)	2 (8)	
1 vez/semana	9 (17,6)	10 (40)	
2-3v/semana	13 (25,5)	5 (20)	
1 vez/día	8 (15,7)	2 (8)	
Varias veces/día	16 (31,4)	5 (20)	
Continua	4 (7,8)	1 (4)	
Total	51 (100)	25 (100)	
Opinión Pérdida			0,149
Muy Poca Cantidad	33 (64,7)	22 (88)	
Moderada Cantidad	15 (29,4)	1 (4)	
Mucha Cantidad	3 (5,9)	2 (8)	
Total	51 (100)	25 (100)	

	Si Uso salvalip N (%)	No Uso salvalsip N (%)	P
No consultaron			
Frec. Pérdida			0,074
Nunca	2 (9,1)	0 (0)	
1 vez/semana	9 (41)	5 (16,1)	
2-3v/semana	3 (13,6)	9 (29)	
1 vez/día	2 (9,1)	4 (12,9)	
Varias veces/día	4 (18,2)	12 (38,7)	
Continua	2 (9,1)	1 (3,2)	
Total	22 (100)	31 (100)	
Opinión Pérdida			0,839
Muy Poca Cantidad	17 (77,3)	23 (74,1)	
Moderada Cantidad	3 (13,6)	5 (16,1)	
Mucha Cantidad	2 (9,1)	3 (9,7)	
Total	22 (100)	31 (100)	

5.5.2.5. Análisis descriptivo de medidas adoptadas por el médico de familia.

A continuación exponemos los resultados obtenidos respecto a las medidas adoptadas entre aquellas que consultaron con su médico de familia N=51. Así destacamos que el 64,7% N=33 tomaron alguna medida entre las que habían consultado con su MAP

No se encuentran diferencias entre las mujeres que habiendo consultado con su médico usan o no medidas frente a su IU según la frecuencia o cuantía de pérdida, tal y como se observa en la tabla 133.

Tabla 133: Adopción o no de medidas según frecuencia/cuantía de pérdida entre mujeres que consultan con su MAP.

Consultan con MAP	Adopción medidas SI	Adopción medidas No	P
Frec. Pérdida			0,074
Nunca	1 (3,0)	4 (22,2)	
1 vez/semana	3 (9,1)	2 (11,1)	
2-3v/semana	4 (12,1)	0 (0)	
1 vez/día	3 (9,1)	3 (16,7)	
Varias veces/día	13 (39,4)	8 (44,4)	
Continua	9 (27,3)	1 (5,6)	
Opinión Pérdida			0,092
Muy Poca Cantidad	14 (42,4)	13 (72,2)	
Moderada Cantidad	12 (36,4)	2 (11,1)	
Mucha Cantidad	7 (21,2)	3 (16,7)	

Del total de mujeres que consultan con su MAP (N=51) la tabla 134 muestra la cuantificación de mujeres que usaron cada una de las medidas. Las mujeres que usan protectores (absorbentes, compresas y salvasilip) suponen el 19,6%, el 39,2% fue derivado a especialista, ninguna realiza diario miccional, y el 25,5% realizó ejercicios de suelo pélvico.

Tabla 134: Cuantificación de mujeres que usaron cada una de las medidas.

Uso de medida (Si/No)	INCONTINENTES QUE SÍ CONSULTARON CON MÉDICO FAMILIA N (%)
Uso de absorbentes (si/no)	10 (19,6)
Uso de compresas (si/no)	8 (15,7)
Uso salvasilip (si/no)	0 (0)
Uso de pañales (si/no)	2 (4)
Restricción de líquidos (si/no)	1 (2)
Ejercicios de suelo pélvico (si/no)	13 (25,5)
Diario miccional (si/no)	0 (0)
Médico recomienda operación (si/no)	10 (19,6)
Médico recomienda fármacos (si/no)	14 (27,5)
Médico deriva especialista (si/no)	20 (39,2)

Tal y como se observa en la tabla 135 no existen diferencias estadísticamente significativas en la distribución de frecuencia de pérdidas y la toma de determinadas medidas.

Tabla 135: Distribución de frecuencia de pérdida según medida tomada.

Uso medida SI VS NO	Nunca	1 vez semana	2-3 Veces/sem	1 vez/día	Varias veces/día	Continua	p
Uso de medidas							
Pañales	0	0	0	1 (50)	1 (50)	0 (0)	0,973
Compresas	1 (12,5)	0	1 (12,5)	4 (50)	2 (25)	0 (0)	0,706
Salvaslip	0	0	0	0	0	0 (0)	-
Restricción líquidos	0	0	0	0	0 (0)	1 (100)	0,738
Ejercicios suelo	1 (7,7)	2 (15,4)	1 (7,7)	1 (7,7)	5 (38,5)	3 (23,1)	0,232
Operación	0	0	3 (30)	1 (10)	4 (40)	2 (20)	0,733
Fármacos	0	1 (7,1)	3 (21,4)	1 (7,1)	4 (28,6)	5 (35,7)	0,343
Deriva Especialista	0	1 (5)	2 (10)	3 (15)	6 (30)	8 (40)	0,114

Tampoco existen diferencias estadísticamente significativas entre el uso de determinadas medidas y la cuantía de pérdida, tal y como muestra la tabla 136.

Tabla 136: Distribución de cantidad de pérdida entre determinadas medidas.

Cuantía de pérdida	Poca N (%)	Moderada N (%)	Mucha N (%)	P
Uso de medidas				
Pañales	1 (50)	0	1 (50)	0,571
Compresas	2 (25)	4 (50)	2 (25)	0,681
Salvaslip	0	0	0	-
Restricción líquidos	0	0	1 (100)	0,200
Ejercicios Suelo	6 (46,2)	5 (38,5)	2 (15,4)	0,450
Operación	3 (30)	5 (50)	2 (20)	0,328
Fármacos	5 (35,7)	5 (35,7)	4 (28,6)	0,091
Especialista	8 (40)	6 (30)	6 (30)	0,354

6. Discusión

6.1 DETECCIÓN DE IU Y DE LOS PRINCIPALES FACTORES RELACIONADOS.

6.1.1 DISCUSIÓN DESCRIPTIVO DE LA POBLACIÓN Y ÁMBITO DE ESTUDIO

En nuestro estudio se ha obtenido una alta tasa de participación (98,6% n=819), comparada con la de otros estudios con tasas de participación del 46,5%(162), probablemente debido a que en estos últimos las encuestas empleadas son puramente auto-administradas, enviadas por correo y realizadas a la población general, lo cual supone habitualmente una baja tasa de respuesta(303). Las cifras de participación de nuestro estudio se aproximan más, aunque son discretamente superiores, a las de otros estudios, que o bien son realizados sobre una muestra poblacional seleccionada por muestreo aleatorio(161), o bien son realizados sobre pacientes institucionalizados(171). En este trabajo el reclutamiento de casos ha sido diferente, mediante encuesta a todas las mujeres que han demandado alguna actuación médica en un Centro de Salud. Es el médico o enfermera del ámbito de Atención Primaria el que se ha encargado de invitar al paciente a la participación y de obtener los datos sociodemográficos y de factores de riesgo asociados, a través de entrevista personalizada, lo cual suele garantizar un alto índice de participación.

Por tanto, dada la alta tasa de participación en nuestro estudio, es destacable que la metodología empleada para el reclutamiento de pacientes por un lado y, por otro, el ámbito de realización de estudio en Atención Primaria, se conjugan como elementos clave que justifican la alta tasa de participación que se ha registrado.

El presente estudio se desarrolló en el contexto de la Atención Primaria. La información fue obtenida a partir de dos centros de salud participantes de la Dirección Asistencial Oeste (Centro de Salud Gregorio Marañón y Centro de Salud Ramón y Cajal) en dos periodos distintos que correspondieron a los años 2008 y 2010, obteniéndose un total de 819 mujeres que aceptaron participar.

Respecto a la investigación en el ámbito de la Atención Primaria, constituye una fuente de interesantes oportunidades ya que constituye un área de conocimiento con una estructura suficiente para desarrollar estudios y programas que pueden contribuir a mejorar la calidad de los servicios y la salud de los pacientes. Tal y como ya señalan distintos autores(345), se trata de un ámbito de gran potencia ya que los médicos de familia ofrecen una perspectiva que podría influir en todas las demás especialidades y, en definitiva, si los cuidados primarios tienen que ver con que una persona mejore su salud, su contribución a tal fin es medible. A pesar de ello, la presencia de la investigación a la Atención Primaria sigue siendo anecdótica. De hecho en España, en el periodo de 1994-2000 los documentos

citables provenientes de centros de AP constituyen sólo el 0,4% del total de investigaciones(346). Entre las dificultades para la investigación en Atención Primaria destacan: la falta de tiempo, dispersión, falta de conocimiento, falta de motivación, ausencia de estructuras de apoyo, falta de formación y cultura de investigación. Entre las fortalezas a tener en cuenta en investigación en AP destacamos que es el ámbito donde se realiza el primer contacto con el paciente, accesibilidad, continuidad y longitudinalidad, integralidad, coordinación, y el abordaje familiar y comunitario.

La importancia de investigar en Atención Primaria es debida a que produce un conocimiento científicamente basado y orientado a los profesionales para la toma decisiones eficaces y efectivas. Asimismo la investigación en AP es un instrumento para la evaluación de la calidad de la atención en salud, que contribuye a desarrollar un pensamiento de búsqueda e innovación permanente en el desarrollo de la práctica habitual, y es una herramienta esencial para apoyar actividades de planificación, coordinación, capacitación y evaluación de programas e intervenciones en el área de la salud, permitiendo identificar y resolver problemas de los programas e intervención para incrementar la eficacia, efectividad y eficiencia de los mismos.

La edad media de nuestra población a estudio fue de 52 años, siendo similar a la de las mujeres de otros estudios sobre IU. En un estudio realizado en Alemania la media de edad fue de 55 años(347), al igual que otro realizado en Francia(348); en Pensilvania (Estados Unidos) la media fue de 51 años(191) y en Australia fue de 53 años (160). En España, en un estudio realizado en Orense, la media fue un poco más baja, 44 años (162); también fue más baja en otro estudio realizado en Teruel en el que la media fue de 41 años(164) y en otro realizado en Pekín, 46 años(156). Estas diferencias en las medias de edad podrían deberse a la diversidad de la edad de las mujeres que se incluyen en los estudios realizados sobre IU.

La franja de edad estudiada en el presente trabajo fue de mujeres mayores de 18 años, coincidiendo con la empleada en otros estudios(162) que usan una franja de edad de 18-65 años, también otros trabajos(348)(349) usan franjas de edad que parten de mayores de 18 años pero sin establecer límite superior. En ciertos trabajos(185)(191)(186)(156) se usaron franjas de edad discretamente superiores partiendo de los 20 años o más, o estudios(164) con edades de 20 a 64 años, siendo superiores las consideradas en otros estudios con rangos etarios tales como los de 25 a 54 años (350), mayores de 30 años(351), o mayores de 40 años(352).

Como indica una revisión publicada recientemente(180), en la que se buscaron estudios epidemiológicos a través de PubMed, publicados en inglés, francés, español, alemán e italiano, entre los años 2000 y 2010, realizados en Europa, una de las características que se observó fue la diferencia de los grupos de edad estudiados. También indicaba dicha heterogeneidad en la edad de las mujeres estudiadas otra revisión realizada en el año 2010 por expertos de la International Consultation of Incontinence (ICI) (187).

En el estudio que se presenta, los grupos de edad se categorizaron en tres intervalos (el de menores de 44 años, de 45-54 años y por encima de 55 años). Entre los estudios en los que se categorizó también la edad es difícil establecer comparaciones, dado que en estos estudios se han hecho grupos diferentes de edad. Así, en el estudio realizado en Cataluña(174), los grupos fueron: 15-44, 45-64, 65-74 e ≥ 75 ; en el de Alicante(165): menos de 36, entre 36 y 45, y más de 45 años; en el de Ourense(162): <35, 35-50 y >50; y en el de Teruel(164): 20-41 y 42-60. Otros estudios internacionales realizados en Turquía (349), Francia(348), EEUU(185), Pekín(156), México y en el de la Isla de Pascua(351) muestran categorizaciones de edad diferentes en cada uno de ellos. Como puede observarse, aunque son países y fechas de estudio diferentes, hay una gran heterogeneidad en los grupos de edad establecidos a partir de las franjas de edad estudiadas y por eso se dificulta las comparaciones entre ellos.

Respecto al estudio de las mujeres de nuestra muestra por edad, observamos que del total de mujeres (N=819), el subgrupo mayoritario de mujeres de la muestra se distribuye en el rango de los 55-64 años (n=237), le siguen en orden de frecuencia decreciente las menores de 35 años (n=167), las de 65-74 años (n=146), las mujeres de 35-44 años (n=116), de 45-54 años (n=94) y finalmente las mujeres mayores de 75 años (n=59). Se realizó una categorización según significación estadística determinándose tres grupos de edad (menores de 44 años (n=283), 44-54 años (n=94) y de edad igual o superior a 55 años (n=442). La falta de homogeneidad de mujeres en cada uno de los grupos en una limitación para nuestro estudio a la hora de mostrar la distribución entre las incontinentes y entre las continentes de las mujeres de los distintos rangos etarios ya que, al no partir de grupos homogéneos, no sabemos discernir si las diferencias son debidas a la diferente representatividad cuantitativa de cada uno de los grupos.

En nuestra muestra poblacional estudiada (N=819) y con respecto a la distribución de la muestra según estado civil, más de la mitad de las mujeres estudiadas eran convivientes/casadas, seguidas de las solteras, de las viudas y de las separadas. Esta distribución de mujeres entre las diferentes posibilidades de estado civil podría estar determinada por la variable edad, ya que tiene sentido, dado que el intervalo de edad más

representativo de nuestra muestra son mujeres de edad mayor o igual a 55 años, que en esas edades la condición de casada sea más habitual que en intervalos de edades más jóvenes. Por ello, para poder determinar hasta qué punto las diferencias encontradas en los distintos grupos de continentes/incontinentes están influenciadas por la edad tendremos que tener esta variable en consideración.

Al analizar el nivel de estudios entre las 819 mujeres de nuestro trabajo destaca que la mayoría posee estudios básicos (71%), un 18% tiene estudios superiores (diplomatura/licenciatura) y un 10,6% no posee estudios. Puede que la edad sea un factor que influya en la distribución de mujeres según el nivel de estudios que se ha obtenido, siendo razonable pensar, dado que la muestra poblacional a estudio es mayoritariamente de edad media y avanzada, que probablemente a esas edades las mujeres que lograron niveles formativos superiores podría ser menor que en el obtenido en mujeres de edad media o más joven. Por tanto, la edad también deberá ser tomada en cuenta en las consideraciones respecto a la distribución de las mujeres según el nivel de formación en nuestro trabajo.

El valor medio del Índice de Masa Corporal (IMC) en nuestra población a estudio es de 26 Kg/m² que coincide con la indicada en otros estudios(224,353) para las mujeres de edad similar a las del presente estudio. En otros estudios(160,185,191), esta media fue ligeramente más elevada con valores de la media de 29 Kg/m², 27 Kg/m² o 28 Kg/m² en cada uno de ellos. Y en otros fue un poco inferior: 24 Kg/m² (164) o 23 Kg/m² (184).

En muchos estudios no se ha podido identificar el valor medio del IMC, ya que no se indica. En algunos sólo se muestran los estadísticos y el valor p, cuando se relaciona el IMC con la IU; y en otros estudios se hace esta comparación con el IMC categorizado. Precisamente para aumentar la posibilidad de comparación con distintos estudios se procedió a categorización de datos IMC según criterios de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO), según la cual nos encontramos con una distribución poblacional en la que la obesidad grado I y grado II está presente en el 16,2% y el 17,5% de la población a estudio, siendo el valor medio de nuestra muestra poblacional, el correspondiente a sobrepeso grado I (intervalo de 25-26,9 Kg/m²), según SEEDO.

Los datos respecto al IMC alto correspondiente a obesidad según el Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2012(354) muestran que en la actualidad la obesidad afecta ya al 17,0% de la población de edad mayor o igual a 18 años (18,0% de los hombres y 16,0% de

las mujeres). Desde la primera Encuesta Nacional de Salud en 1987, la obesidad sigue una línea ascendente en ambos sexos, más marcada en hombres que en mujeres. Mientras que en 1987 el 7,4% de la población de edad mayor o igual a 18 años tenía un IMC igual o superior a 30 kg/m² (límite para considerar obesidad), en 2012 este porcentaje supera el 17%. Así los valores obtenidos en nuestra población de estudio son aparentemente congruentes con los datos conocidos sobre obesidad en España.

En cuanto a la distribución de ciertos factores gineco-obstétricos de nuestra muestra cabe destacar que en nuestra muestra es frecuente la condición de antecedente de menopausia (un 57% N=465). Esto se debe fundamentalmente a la presencia en nuestra muestra de una alta cantidad de mujeres de edad superior a los 55 años.

Los antecedentes quirúrgicos de legrado, histerectomía y cesárea se encuentran en porcentajes del 7,4%, 6,6% y 11,4% respectivamente. Respecto a la cesárea, la tasa mundial de realización de cesáreas es del 15%, con casi el doble de la tasa (29,3%) en Sudamérica (355). Las indicaciones médicas(356) para la creciente tasa de cesáreas incluyen: presentación de nalgas, sufrimiento fetal, no progresión del parto vaginal, miedo por lesiones en el suelo pélvico a causa del parto vaginal que puede dar lugar a secuelas a largo plazo, tales como la incontinencia urinaria y anal y cesáreas a solicitud materna.

El 18,7% (N=149) de las mujeres estudiadas eran estreñidas. Este dato es congruente con el conocido sobre el tema, puesto que se calcula que un 15% de la población sufre estreñimiento crónico y que es más frecuente en mujeres y en las personas mayores de 65 años(357). Esta cifra obtenida en nuestro estudio es discretamente superior a la obtenida en un estudio epidemiológico realizado en España, según el cual la prevalencia del estreñimiento en la población general al aplicar los criterios de Roma II es del 14%, siendo mayor en las mujeres que en los varones (el 22 frente al 5,5%)(358). La mayor prevalencia en la mujer se debe, entre otras causas, a la mayor toma de fármacos que causan estreñimiento, a las diferencias hormonales, al efecto del embarazo y el parto y a las repercusiones de la cirugía ginecológica sobre la musculatura pélvica.

Con respecto al consumo de tabaco en nuestra muestra, el 17,7% (N=145) refieren ser fumadoras, este dato se aproxima a los resultados presentados en la Encuesta Nacional de Salud 2011 por el Instituto Nacional de Estadística(354), que indica que el porcentaje de fumadoras es del 20,2%. Se mantiene según esta encuesta que entre las mujeres se fuma menos que entre varones, 27,9%. Desde 1993 a 2012 el porcentaje de población que consume tabaco a diario muestra un continuo descenso, fundamentalmente a expensas de

los hombres. Desde 2003 también se aprecia un declive en mujeres, aunque menos acusado. El hábito tabáquico en los jóvenes entre 15 y 24 años afecta al 21,7%, sin gran diferencia por sexo (22,5% de los hombres frente al 21,0% de las mujeres).

En cuanto al consumo de alcohol en nuestra población de estudio, el 5% de las mujeres refieren consumo de alcohol. Este dato es llamativamente inferior con respecto a los datos de la Encuesta Nacional de Salud 2011(354) que refieren que el consumo habitual (de al menos una vez por semana) es del 25% en las mujeres (en los hombres el consumo habitual es del doble, 52,4%). En los jóvenes se reduce esta diferencia por sexo. Con respecto al consumo intensivo de alcohol (con riesgo de producir problemas agudos) el 13,4% de la población mayor de 15 años ha consumido alcohol de manera intensiva al menos una vez en el último año (19,7% en hombres y 7,3% en mujeres). En nuestro estudio únicamente se recoge si se consumo alcohol o no, de modo que mínimos consumos de alcohol puede que no hayan sido declarados por la mujer, aún más en el contexto de entrevista directa con su médico habitual, justificando así el bajo consumo de alcohol en nuestra muestra.

Con respecto a la actividad física, el 66% (N=543) de nuestra población a estudio refiere no realizar ejercicio físico. Estos datos se aproximan a los observados en la encuesta nacional de salud 2011(354) que indica que cuatro de cada diez personas (41,3%) se declara sedentaria (no realiza actividad física alguna en su tiempo libre), uno de cada tres hombres (35,9%) y casi una de cada dos mujeres (46,6%).

La existencia de enfermedad concomitante, entre las mujeres de nuestra muestra N=819, la se encontraba en N=142 (17,3%). De ellas, destacaremos que el 91% solo tenía una enfermedad como antecedente. A este respecto, y entendiendo la pluripatología como la aparición de dos o más enfermedades crónicas en un mismo paciente, se trata de un hecho cada vez es más frecuente en nuestra sociedad, debido al aumento en la esperanza de vida y al envejecimiento de la población (359). De esta manera, la pluripatología es una realidad en nuestra sociedad, tanto es así que según la Encuesta Regional de Salud Madrid 2007(360), la prevalencia de pluripatología media es del 37,3% en mujeres. La prevalencia de pluripatología fue mayor en mujeres, en personas de mayor edad, con menor nivel de estudios o en clases sociales más desfavorecidas. Se asoció con la obesidad, con consumos previos de tabaco o alcohol. Asimismo, la utilización de los servicios sanitarios aumentó con la pluripatología. En cuanto al consumo de fármacos, el 49,7% de nuestra población a estudio refirió consumo de fármacos en los 15 días anteriores. Esta cifra se aproxima a la de

un estudio en Cataluña en población general de 25 a 64 años(361) con cifras de mujeres del 48% y es similar a las de la Encuesta Nacional de Salud de España(362) (53% de las mujeres y 42% de los varones). Por tanto el consumo de fármacos es un dato habitual y de alta prevalencia en nuestro medio.

6.2 FRECUENCIA DE IU, SUBTIPOS Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS.

6.2.1 DISCUSIÓN FRECUENCIA DE IU

El 28,2% (N=231) de las 819 mujeres que participaron en este trabajo fueron detectadas como incontinentes a través del cuestionario Vila et cols.(308), validado en español para su uso en Atención Primaria. Según la bibliografía revisada, las cifras de prevalencia de IU en la mujer son variables, tal y como muestran las halladas en los estudios de Parazzini con cifras del 10-50%(363), Damian del 20-50% (178), o Rebollo Espuña en España con cifras del 20-50%(16). Dicha variabilidad se mantiene en estudios publicados más recientemente, con un rango amplio, entre 16% y 69% (180). Podemos decir que dentro de esta variabilidad las cifras oscilan según distintos factores, a saber: definición empleada, edad poblacional, los métodos de recogida de datos, el periodo sobre el que se reporta IU y la gravedad e importancia de IU, la representatividad de la población y el ámbito entre otros(20,160).

En cuanto al resultado obtenido en nuestro estudio, la cifra de mujeres con IU detectada se ajusta a la obtenida en otros estudios realizados a nivel internacional. En mujeres del mismo rango de edad (mayores de 18 años) las cifras de prevalencia según los estudios internacionales revisados fueron del 26,3%(248), del 21%(364), del 25%(15) y uno publicado recientemente en Francia con cifras del 26,8%(348).

En estudios realizados en España también se encuentran importantes diferencias entre las cifras de prevalencia de IU de diferentes estudios, que en parte están también motivadas por la fecha de realización del estudio, en función a la publicación de la definición de la ICS antes mencionada(6). De esta forma, respecto a fecha de publicación observamos que en los estudios epidemiológicos publicados antes de 2003(175), en personas de más de 60 (168) o de 65 años(365) se obtienen cifras cercanas al 40%. Esta misma prevalencia se estima por otros autores, situándose aproximadamente en el 15% en mujeres de 35 años, en un 28% en mujeres de 55 años y en aproximadamente el 50% en mayores de 65 años(176). En estudios publicados después del año 2003, las cifras son inferiores: 35,1% en sujetos de más de 64 años(170), 23% en mujeres mayores de 18 años(143), 20% en mujeres en edad laboral de 18 a 65 años (definición de IU como pérdida involuntaria de orina)(162).

Otro estudio(163), también realizado en el contexto de mujeres en edad laboral muestra una prevalencia del 33,2%, y finalmente del 14% en mujeres entre 40 y 64 años(161).

Ahora bien, las prevalencias más actuales de IU en España puestas de manifiesto en estudios recientes son más altas que las obtenidas en estudios anteriores y se muestran en el informe presentado tras revisión bibliográfica de los estudios de prevalencia de IU publicados en España en los últimos 10 años, realizado en el año 2009 por miembros del Observatorio Nacional de Incontinencia(159) (178). Las cifras de prevalecía en estos estudios son superiores debido en parte a la adopción de definiciones más amplias incluyendo grados inferiores de severidad, excepto el estudio EPICC(173) y el estudio catalán de Espuña Pons(174). Nuestros resultados se aproximan, si bien son discretamente superiores, a los resultados de este metaanálisis(159) (178) del Observatorio Nacional, que estima una prevalencia global de IU en la mujer de un 24%, aumentando al 30-40% en mujeres de mediana edad, y de hasta el 50% en mujeres ancianas. Algunos de los estudios empleados en este metaanálisis(143) refieren un 35% de prevalencia global y, en España, cifras del 23%, debido probablemente a la metodología empleada.

También son recientes los datos de un estudio(174) realizado en el Hospital Clínic de Barcelona, en el que se obtuvieron resultados de prevalencia inferiores. En este estudio realizado en el 2009 con una muestra de 18.126 individuos, se obtuvo que el 7,9% de la población declara tener incontinencia (12,2% de las mujeres y el 3,6% de los varones).

Con respecto a estos estudios más recientes revisados, nuestra cifra de IU detectada en la mujer es superior, y las diferencias observadas en nuestro caso podrían deberse a una sobreestimación con respecto a estos. Por un lado, al igual que sostienen otras publicaciones(137,138), en nuestro caso la detección de IU se hizo mediante entrevista directa, frente a cuestionarios puramente auto-administrados empleados en otros estudios, y en consecuencia se obtuvo un mayor índice de participación y por otro lado, al ser mayor la edad media de las mujeres que participan en nuestro estudio (edad media 52 años) y ser el grupo etario predominante en nuestra muestra el de 55-65 años (28,9%), ambos factores indican que nuestra población a estudio es predominantemente de edad media-avanzada y tradicionalmente la IU se ha evidenciado con más frecuencia en este colectivo.

Habida cuenta de esta variabilidad en cuanto a las cifras de IU, hemos encontrado diversos estudios(141,166,216), que obtienen cifras de prevalencia de incontinencia superiores a la nuestra. Probablemente consecuencia del uso, por su parte, de una definición de IU más amplia, frente a la empleada en este trabajo, donde atribuimos el diagnóstico de IU a partir de una puntuación determinada, obtenida en el test validado para su uso en AP(308).

En nuestra revisión nos han resultado de especial interés aquellos estudios que compartían características metodológicas y/o ámbito similares al nuestro, realizados por tanto en Atención Primaria y entre mujeres que demandan asistencia por otros motivos diferentes a la propiamente estudiada incontinencia.

En este sentido, destacamos un estudio(366) que busca encontrar la prevalencia de IU en dos Centros de Salud urbanos en el año 2011. Este estudio comparte con el nuestro el ámbito de la Atención Primaria, la metodología en cuanto a la captación mediante entrevista personalizada y también abarca un amplio rango de edad (mayores de 14 años no institucionalizados), si bien a diferencia del nuestro incluye tanto a hombres como mujeres. Los resultados de prevalencia detectada en mujer son superiores a los nuestros, con prevalencia global del 30% y en mujeres del 44%. Las diferencias respecto al nuestro, tal y como refleja su material y métodos, podrían ser la insistencia del entrevistador en que el paciente relatara y considerara cualquier episodio de IU por mínimo que fuera.

Otro estudio(166) que comparte con el nuestro en cuanto a la metodología el uso de entrevista directa así como su desarrollo en el ámbito de la Atención Primaria, fue llevado a cabo en Orense. Este estudio muestra una prevalencia superior a la nuestra, siendo del 39,8%. Lo más probable es que sea debido a que emplearon una definición más amplia para catalogar a las mujeres como incontinentes, ya que en ellos el diagnóstico de IU se realizaba si el paciente contestaba afirmativamente al menos a una de estas dos cuestiones: *“¿Se le escapa la orina cuando hace un esfuerzo físico como toser, reír, estornudar o levantar pesos?”*, *“cuando siente ganas de orinar ¿tiene que dejar lo que esté haciendo para ir al servicio y evitar que se le escape la orina?”*.

En este sentido cabe destacar que nosotros, al tratarse de un estudio descriptivo, hemos preferido usar para determinar la frecuencia de IU, un cuestionario de detección validado en español, y de uso en AP, que nos aporta una mayor objetividad a la hora de determinar si una mujer es incontinente o no. Esto nos ha supuesto, a cambio, una más que probable pérdida de pacientes que, con el uso de una definición más amplia, también más subjetiva, hubieran supuesto probablemente mayor número de casos de incontinentes. Es decir, hemos optado por este test, usando criterios de detección más estrictos, disminuyendo la sensibilidad (probablemente habrá incontinentes que no cumplen todos los criterios) siendo sin embargo más específicos (pocos continentes cumplen estos criterios). Esta decisión se tomó también con el objetivo de evitar valorar situaciones de afectación de CV en población sana y que por tanto pudiesen subestimar la influencia real de IU en población incontinente.

No obstante, nuestro planteamiento futuro, de aplicación en la práctica clínica, probablemente implicará el uso de una definición más amplia de IU, con el fin de detectar el mayor número de casos, para que al tratarse de una condición tratable, pueda beneficiarse el mayor número de incontinentes. Para los falsos positivos no supondría un trauma psicológico, al no tratarse de una situación que afecte a la situación vital de la persona. En este sentido, en el futuro es pues necesario y, según la cuarta Conferencia Internacional sobre IU (2010), las investigaciones futuras deberían utilizar métodos estandarizados de estudio, validados y más fácilmente comparables. Asimismo sería conveniente la revisión y actualización de cuestionarios de uso concreto en el ámbito de la Atención Primaria para la detección de IU.

Parece, por tanto, por un lado que cada vez se encuentran más estudios de investigación que reflejan el interés de estudiar la IU en el ámbito de la Atención Primaria, probablemente porque este es el nivel asistencial en el que las medidas de prevención cobran mayor sentido en esta patología. Por otro lado destacamos que parece que en nuestro estudio, al haber empleado un test validado en Atención Primaria para la detección de incontinencia urinaria, hemos sido más específicos en cuanto a la detección de incontinencia respecto a aquellos estudios que han optado por ser más sensibles usando una pregunta mucho más abierta para la detección de IU. Se muestra de esta forma necesaria la elaboración de cuestionarios de detección de AP actuales, que tengan en cuenta este hecho y se adapten a la necesidad de aumentar la sensibilidad en la detección de IU para una intervención clínica y preventiva adecuada.

Al realizar una búsqueda respecto a la detección y estudios de prevalencia, realizados a nivel estatal en España, cabe decir que no existen estudios realizados de prevalencia global. Esto impide confrontar los resultados obtenidos. Ahora bien, en nuestro país se han realizado estudios de prevalencia en grupos concretos de población(173), entre ellos el llevado a cabo en mujeres postmenopáusicas (220). Podemos afirmar por tanto que faltan estudios que calculen la prevalencia en la población española global, incluyendo todos los grupos de edad. A la luz de estos resultados parece que el escenario ideal para su realización sería la AP. Nuestro estudio precisamente emplea un test de detección validado para la detección de IU, en mujeres en población general y de uso en Atención Primaria. Sería necesario continuar en el futuro con la línea de investigación iniciada, para ampliar y estudiar prevalencias globales que nos hagan comparables con otros estudios y no solo en grupos concretos de población.

Precisamente, con estudios epidemiológicos de este tipo, se podría hacer una orientación diagnóstica de IU en grandes grupos de población y, a pesar de que no disponemos de la fiabilidad diagnóstica que ofrecen determinadas pruebas objetivas como la urodinamia, con ellos podríamos realizar una primera aproximación diagnóstica sencilla y de bajo coste.

En cualquier caso, la alta prevalencia detectada en nuestro trabajo, hace que reflexionemos sobre la necesidad de considerar la IU como un problema clínico real, presente en la labor médica diaria, y a tomar conciencia de que casi una de cada tres mujeres que demandan asistencia médica, en la mayoría de las ocasiones por otro motivo, padecen IU. Sería conveniente, por tanto, empezar a incorporar la IU en nuestros diagnósticos diferenciales habituales ante múltiples cuadros sintomáticos (a saber, cuadros de ansiedad, depresión, aislamiento), que probablemente tengan oculto, sino como causa directa, al menos probablemente como un problema asociado, la IU. Precisamente el hecho de no ser considerada como una enfermedad en sí misma ha sido lo que ha dificultado su conocimiento, su inclusión en programas de docencia universitaria, y por tanto, su identificación y adecuado tratamiento desde el punto de vista asistencial(367), si bien parece que empieza a darse una concienciación sobre este problema, y prueba de ello es el consenso llevado a cabo por sociedades científicas de AP con la sociedad de urología(267), en el que se observa cómo un primer objetivo desde la AP es la detección de la IU y, como recomendación, se insta a realizar un cribado oportunista(267) en mujeres asintomáticas por encima de los 40 años al menos una vez en la vida.

Concluimos que se hace necesario que los médicos de Atención Primaria adopten una actitud de búsqueda activa, que es deseable continuar con investigaciones que mejoren los métodos diagnósticos y de detección no invasivos de la IU que nos ayuden a una identificación precoz y que además sería deseable la elaboración de guías de actuación que faciliten y estandaricen los cuidados para que de esta forma se contribuya a la reducción de las altas tasas de prevalencia de incontinencia urinaria.

6.2.2 DISCUSIÓN FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON IU.

Respecto a las variables sociodemográficas y su relación con IU, destacamos que la edad media de las mujeres incontinentes es 7 años superior a la de continentes (57,6 años vs 50,2 años) coincidiendo con lo estudiado sobre el tema(161). A partir de los 45 años aumenta el riesgo de incontinencia, llegando a ser casi tres veces superior en mujeres a partir de 55 años. Estudios previos defienden que a mayor edad, mayor prevalencia de IU(35,46,161,368-370).

La distribución de incontinentes según la edad es del 35,3% en mayores de 55 años, del 33% en mujeres de 45-54 años y de 15,5% en mujeres menores de 44 años. Esta tendencia por grupos de edad es similar a la conocida. Así, en estudios epidemiológicos publicados antes de 2003(175) en personas de más de 60 años (168) o de 65 años(365) se obtienen cifras cercanas al 40%. Esta misma prevalencia se estima por otros autores, situándose aproximadamente en el 15% en mujeres de 35 años, en un 28% en mujeres de 55 años y en aproximadamente el 50% en mayores de 65 años(176). Sin embargo, después de esa fecha las cifras son inferiores: 35,1% en sujetos de más de 64 años(170), 23% en mujeres mayores de 18 años(143), 20% en mujeres en edad laboral de 18 a 65 años(162). En mujeres de edad laboral otro estudio(163) muestra una prevalencia del 33,2% y del 14% en mujeres entre 40 y 64 años(161).

Estudios con estratos de edad muy similares a los nuestros y, por tanto, fácilmente comparables, también evidencian esta tendencia de mayor porcentaje entre mujeres de más edad y menor entre las más jóvenes, siendo según Viana(176) de un 15% para mujeres mayores de 35 años y del 28% para las de más de 55 años. En otros estudios encontramos desde un 19% de incontinencia por debajo de los 45 años hasta un 29% al llegar a la edad de los 80 años o más(279).

En mujeres de más edad se han realizado múltiples estudios. En mujeres institucionalizadas la prevalencia es del 40-50% y la IU es con mucha frecuencia el motivo que precipita el ingreso(371). En los últimos años se han llevado a cabo en España tres estudios sobre la prevalencia de IU en ancianos residentes en la comunidad, el realizado por Damian(372) muestra una prevalencia entre ancianos del 15,5%; Gabira(169) muestra prevalencia del 36% global, siendo del 44% en mujer y del 29% en varón con preguntas más abiertas y finalmente Zunzunegui(171) del 14% en varón y del 30% en mujeres con dos preguntas abiertas.

Otro estudio(172) informa sobre la historia natural de la IU en dicha población y los factores que influyen en su incidencia. La prevalencia de incontinencia pasó en 5 años del 36 al 46%, la incidencia fue del 29% y la remisión del 15%. La mitad de los continentes en 1996 seguía siéndolo en 2001. La incontinencia severa fue la que menos se modificó. El deterioro de la movilidad es el factor que más influye en la incidencia de IU. Este factor es prevenible y susceptible de tratamiento.

La mayoría de los estudios describen la correlación de la IU con edad. En este sentido es cierto que el envejecimiento fisiológico, es decir la influencia del paso de los años, sin

contribución de procesos patológicos, lleva consigo una serie de cambios en distintas estructuras, que pueden interferir con la continencia urinaria (tracto urinario inferior, vagina, sistema nervioso central, entre otros). Ahora bien, a la luz de la revisión bibliográfica realizada, el envejecimiento fisiológico, por sí mismo, no conlleva la pérdida de la continencia urinaria. Aceptar esto supondría considerar la IU como un proceso normal del envejecimiento y, por tanto, no podríamos prevenirlo, siendo en tal caso un enfoque terapéutico y paliativo pero no preventivo. Los cambios fisiológicos que tienen lugar durante el envejecimiento hacen más vulnerable al individuo para la incontinencia. No obstante, estas modificaciones fisiológicas no bastan para causar IU, por lo que no podemos aceptar que la edad avanzada por sí sola, condicione la pérdida de IU. En este sentido, la elevada prevalencia de este problema de salud en la población de mayor edad se relacionaría más directamente con otros factores prevenibles y no sólo con el factor fisiológico, tales como pluripatología, polifarmacia, deterioro funcional, físico o mental. Éstos serían, entre otros, los factores más directamente asociados con la aparición de IU en los ancianos.

En cuanto al estado civil, la IU es mucho menor entre las solteras. De hecho, con respecto a ellas el riesgo entre las mujeres separadas es 4 veces superior, entre separadas es 3,5 veces mayor y entre las casadas es 2,8 veces superior. Este mayor riesgo en el resto de estados civiles puede estar condicionado por la confluencia de otros variables influyentes como la edad, la menopausia o la paridad principalmente.

La edad media de mujeres solteras en el presente trabajo es de 35,9 años (DE 12,5); entre las casadas es de 54,5 años (DE 12,5); entre las separadas es de 50,6 años (DE 11,7) y, finalmente entre las viudas es de 69,6 años (DE 8,5). Fijándonos en si el factor de la edad puede influir en el riesgo de incontinencia/continencia entre las distintas categorías de estado civil, comprobamos que la edad influye, siendo mayor la edad entre las mujeres incontinentes casadas y en las viudas. No existen diferencias significativas que permitan relacionar la edad y la incontinencia entre mujeres solteras (puesto que las edades son menores en ambos grupos de mujeres continentales e incontinentes). Por tanto los programas de prevención e intervención de IU deberían incidir en las mujeres de mayor edad tanto casadas como viudas.

En cuanto al nivel de formación observamos que entre las mujeres con niveles de formación más altos, el porcentaje de incontinencia es muy bajo (15%), comparado con el obtenido en mujeres con niveles de formación más bajos, (mujeres sin estudios refieren un 42,5% incontinencia, y con estudios básicos el 29,5%). A la luz de estos resultados podemos

determinar que entre las mujeres con mayor nivel de formación de nuestro estudio, la frecuencia de IU es mucho menor que entre las mujeres con niveles de formación más bajos, siendo cuatro veces mayor el riesgo de IU entre las que no poseen estudios y de 2,3 veces más riesgo entre las que tienen estudios básicos.

Al plantearnos cómo influye la edad en la variable nivel de estudios, obtuvimos que las mujeres que no tienen estudios son más mayores (edad media 68 años, DE 12,2) que aquellas que sí tenían estudios. Las mujeres con estudios básicos presentan una media de edad de 53,30 años (DE 15,1) y aún es menor la edad media entre las licenciadas (media de 37 años, DE 13,1). Por tanto, parece que a mayores niveles de formación menor riesgo de IU. Ahora bien, también vemos que cuanto mayor es el nivel de formación, más jóvenes son las mujeres. Es por esto que para mostrar la verdadera influencia de la edad en la incontinencia según niveles de formación, se compararon medias de edad de incontinentes y continentes en cada uno de los niveles de formación estudiados obteniéndose resultados estadísticamente significativos en cuanto a que las incontinentes tienen mayor edad respecto a las continentes entre las mujeres con altos niveles de formación y con estudios básicos. No se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la edad de incontinentes y continentes en el grupo de mujeres sin formación y por tanto en estas últimas la edad no es un factor colaborador en la incontinencia.

Por tanto sería interesante realizar campañas de formación sobre todo dirigidas a los grupos de mujeres sin niveles de formación, dado que son ellas las que más pueden beneficiarse de los mismos. De la misma forma las actividades de formación serían interesantes en mujeres de mayor edad ya sea su nivel formativo básico o avanzado, por ser en ellas mayor el riesgo de IU.

Existen estudios que ya indican cómo el riesgo de IU es menor entre las mujeres con mayor nivel de formación (45). Estos datos son congruentes con los aportados en otros estudios(373) que tratan de mostrar cómo influyen los diferentes niveles formativos en la frecuencia de incontinencia. Así, este estudio muestra la escolaridad de las mujeres continentes, en comparación con las mujeres incontinentes. Se distribuyó de la siguiente manera: no tuvieron ninguna preparación escolar (0 vs 1,1%, $p < 0.05$), estudiaron sólo la primaria (6,8 vs 16,1%, $p < 0.001$) o la secundaria (9,1 vs 15,6%, $p < 0.05$). Las mujeres continentes realizaron carreras universitarias (39,5 vs 26,3%, $p < 0.001$) y estudios de posgrado (10,7 vs 5,9%, $p < 0.05$), en comparación con las mujeres con incontinencia urinaria.

Por tanto, entre las mujeres con altos niveles de formación hay menos incontinencia. Ahora bien, esas mujeres son más jóvenes. Al estudiar la influencia de la edad en la incontinencia según nivel de formación vemos que en las mujeres con estudios básicos tienen más riesgo de IU y no existe relación de incontinencia a medida que se tiene más edad. Ahora bien, entre las mujeres con formación básica o estudios avanzados, son las mujeres más mayores las que tienen un mayor riesgo de incontinencia. Por todo esto, los programas de formación, información y de intervención de incontinencia deben ir dirigidos prioritariamente a mujeres con estudios básicos, o a mujeres que aun teniendo mayor nivel formativo sean más mayores.

Otros estudios(29) relacionan incluso los altos niveles educativos no sólo con IU sino en particular con la IU leve y el subtipo IUE. La razón de esta asociación no está clara pero sigue estando presente incluso después del ajuste por factores como la edad, la raza, los activos, la comorbilidad y factores gineco-obstétricos.

Esto indica también que son necesarios estudios que investiguen sobre el nivel educativo y su influencia en la IU, incluso se debe profundizar en mujeres con altos niveles de formación y su posible relación con subtipos de IU.

No se han encontrado diferencias en cuanto a incontinencia/continencia entre mujeres españolas y de otras nacionalidades. Los estudios existentes respecto a la prevalencia de incontinencia en todos los grupos raciales son escasos. Varios trabajos revisados informan de mayor prevalencia en mujeres de raza blanca y edad mediana, comparadas con mujeres de raza negra. En el Study Women's Health Across the Nation (SWAN) (29,139), la declaración de cualquier tipo de incontinencia entre las mujeres de raza negra mostró una prevalencia 70% menor (RR, 0,31). Burgio y colaboradores(139) hallaron una prevalencia más elevada de incontinencia en el grupo de 45 a 53 años en un grupo de 486 mujeres de raza blanca, comparado con las mujeres de raza negra (32% vs 17,9%).

En relación al factor racial y la incontinencia, varios estudios hacen referencia a las diferencias estructurales y funcionales en la uretra y sus sistemas de apoyo en mujeres de diferentes razas blanca y negra y que en parte podrían justificar las diferencias en la prevalencia racial(374)(375)(376).

El estudio RRISK 1 y 2 (Reproductive Risk of Incontinence Study at Kaiser) es un estudio sobre 2.109 pacientes entre 40 y 69 años de edad, evaluadas con cuestionarios auto-evaluativos y entrevistas personales realizados por Thom y colaboradores. Reveló que la prevalencia-edad ajustada de IU semanal en mujeres hispanas fue mayor que las blancas,

negras y asiático-americanas respectivamente(377). De hecho, con respecto a la menor prevalencia de la frecuencia de IU en mujeres asiáticas o de raza negra, comparada con las mujeres de raza blanca, los autores consideran que la escasez de datos relacionando los grupos raciales y la heterogeneidad que puede existir dentro de cada raza podría limitar la validez de la comparación entre los estudios.

Ante la escasez de estudios de incontinencia entre los diferentes grupos raciales o étnicos se hacen precisos estudios que traten de mostrar las diferencias raciales y étnicas con respecto a la IU, así como de justificar las posibles diferencias en caso de que se confirmasen.

Las incontinentes presentan un valor medio de IMC de 28 kg/m^2 (DE 5,4) que es superior al de las continentales (26 kg/m^2 , DE 4,9), siendo esta diferencia estadísticamente significativa.

A medida que aumenta el IMC el porcentaje de incontinencia es mayor. De esta forma, mientras que tan sólo el 20,6% de las mujeres con normopeso presentan incontinencia, este porcentaje aumenta en casos de sobrepeso grados 1,2 y/u obesidad grado 1, siendo los porcentajes de incontinencia del 35,8%, del 32,2% y del 31,6% respectivamente. Destaca que más de la mitad de las mujeres con obesidad grado 2 presentan incontinencia. Estos resultados muestran significación estadística.

Existe 1,79 veces más riesgo de incontinencia a partir de sobrepeso grado 1 que entre las mujeres con normopeso. En el sobrepeso grado 2, existe 1,82 veces más riesgo y en obesidad grado 1 existe 1,77 veces más riesgo. Ahora bien, en mujeres con obesidad grado 2 el riesgo de incontinencia es 4 veces superior respecto a las mujeres con normopeso.

En el presente estudio se logró asociar significativamente la obesidad con el desarrollo de IU, lo que concuerda con los estudios realizados en otros países (368)(33,378) y también con los múltiples estudios epidemiológicos que apoyan el papel de la obesidad en el desarrollo de la IU(25,45,46,188). En esta misma línea, un aumento del IMC generalmente se considera factor de riesgo para la IU(28).

Entre los estudios que muestran esta asociación de la IU con la obesidad se encuentra el estudio EPICONT(36) en el cual la prevalencia de IU aumentaba con el IMC desde un 17% en aquellas mujeres con un IMC < 25, hasta un 31% en las que tenían un IMC mayor de 30 (obesidad grado 1).

En un estudio sobre 14.070 mujeres de entre 45 a 50 años en Australia(24), las mujeres obesas (IMC 30-40) tenían un mayor riesgo (RR 2,05 IC 95% 1,70-2,46) de cualquier tipo de incontinencia en comparación con un IMC menor de 20.

Otro estudio(379) concluyó que un aumento de 5 unidades de IMC se asoció con un 30% más de riesgo (IC 95% 10-60%) entre mujeres de 48 años. Resultados similares muestra Subak(33) quien refiere que los estudios epidemiológicos muestran que la obesidad es un factor de riesgo independiente para la prevalencia e incidencia de la IU. Hubo un efecto claro del peso corporal sobre la IU con cada incremento de cinco unidades en el índice de masa corporal, asociada con aproximadamente un aumento del 20% al 70% en el riesgo de IU. Las probabilidades de incidencia de IU durante cinco a diez años se incrementaron en aproximadamente un 30-60% por cada incremento de cinco unidades del índice de masa corporal. Se incluyen en esto la incontinencia urinaria de esfuerzo, la de urgencia y la mixta. Otros estudios en este sentido, como el estudio SWAN, Sampelle et al(29), indican que existe un 5% (IC 95% 4%-7%) más de riesgo para cualquier tipo de incontinencia con el aumento de 1 unidad de IMC.

Existen estudios que muestran cómo a su vez la IU puede favorecer el incremento del IMC. Así, Noblett et al.(380) encuentran una fuerte asociación entre IMC y presión intraabdominal y presión intravesical, de modo que la obesidad causa un estado crónico de aumento de presión que sobrecarga al piso pélvico y por tanto es posible que los episodios de pérdidas de orina conduzcan a aumentos del IMC y provoquen que la mujer se vuelva físicamente menos activa.

También existe evidencia de que las estrategias de reducción de peso se asocian a una reducción en los síntomas de la IU(41). Así pues la pérdida de peso tal y como defienden varios autores puede ayudar a mejorar la IU(41,42).

Bump, de la Universidad Commonwealth de Virginia, refiere los efectos de masivas pérdidas de peso sobre el funcionamiento del sistema urinario inferior en mujeres obesas. Se demostró mejoría significativa en el funcionamiento del sistema urinario inferior. Se documentó la resolución objetiva y subjetiva de incontinencia de esfuerzo y/o de urgencia, ya que incluso lograron obviar la necesidad de terapia para la IU tras haber perdido peso sustancialmente(107). Respecto a esta cuestión, una pérdida masiva de peso en mujeres con obesidad mórbida(39) se ha asociado a una disminución de IUE (61,2% prevalencia antes de cirugía bariátrica vs 11,6% prevalencia tras una pérdida de peso estabilizada $p<0,001$)

Desde una perspectiva de salud pública, la asociación establecida en este estudio entre obesidad e IU es un hallazgo de gran relevancia, dada la alta prevalencia de obesidad en la población española 17,5% mujeres de 25-65 años y en mujeres mayores de 65 años del 39,8%(381). Por tanto, entre las mujeres con incrementos del IMC se deberían incluir medidas de prevención e intervención para reducir peso y de esta forma evitar la aparición, o el empeoramiento, de la incontinencia. Estudios de pérdida de peso indican que la pérdida de peso quirúrgico y no quirúrgico conducen a mejoras significativas en los síntomas de IU. Los datos apoyan que una pérdida de peso de cinco a diez por ciento, tiene una eficacia similar a la de otros tratamientos no quirúrgicos y se debe considerar como terapia de primera línea para la incontinencia urinaria. Además, la reducción de peso moderada se asocia con mejoras extensas de salud.

Debemos indicar no obstante, y a diferencia de los resultados obtenidos en este trabajo, que algunos autores como Peyrat et al.(86) y Kocak et al.(349) no encuentran asociación entre incontinencia y obesidad. El mecanismo por el cual el IMC contribuye a la IU no está completamente dilucidado y se necesitan más estudios(86). Hasta donde sabemos no se conoce el mecanismo de asociación entre la obesidad e incontinencia. Se necesitan estudios neurofisiológicos y urodinámicos adicionales para definir mejor la relación obesidad-IU. En este sentido, debería fomentarse la investigación respecto a la IU y su relación con la obesidad, que incluso pudieran explicar el mecanismo por el cual la obesidad se asocia a IU.

En cuanto a los factores gineco-obstétricos estudiados encontramos en primer lugar que el porcentaje de mujeres incontinentes es superior entre mujeres con antecedente de menopausia 35,3% que entre las mujeres sin menopausia (tan sólo el 18% son incontinentes) siendo estas diferencias estadísticamente significativas. De hecho, ser menopáusica supone 2,33 veces más riesgo de IU con respecto a no serlo.

Diversos estudios han evaluado el papel de la menopausia en el desarrollo de la IU con resultados muy dispares. Nuestros datos van a favor de ciertos estudios que defendían que la atrofia genital podía contribuir a la relajación del suelo pelviano, así como a la deficiencia intrínseca del esfínter uretral, concluyéndose que por ello afecta más a mujeres(16). Otros autores han indicado que las mujeres con menopausia quirúrgica desarrollan con más frecuencia IU que las mujeres con menopausia natural (36% vs. 22%)(44). Ciertos autores(46) han encontrado recientemente un mayor riesgo de IU en mujeres después de la menopausia [OR = 1.6 (1.1-2.4)].

En nuestra revisión también encontramos otros estudios que no han demostrado que la menopausia, por sí misma, sea un factor de riesgo independiente de la edad. Autores como

Rekers y cols.(44) compararon la prevalencia de IU en mujeres pre-menopáusicas y posmenopáusicas y no encontraron diferencias estadísticamente significativas (26% vs. 25%).

Por tanto, si bien la menopausia sigue siendo un factor de riesgo que actualmente muestra controversia respecto a su contribución en la IU, nuestros resultados sí que confirman el hecho de su participación en la aparición de IU. Por tanto, el colectivo de las mujeres menopáusicas debe ser una diana poblacional a la hora de establecer medidas preventivas y terapéuticas frente a la misma.

Ciertos autores muestran diferentes conclusiones en relación a la menopausia relacionada con la IU y el uso de Terapia Hormonal Sustitutiva (THS). De esta forma, ciertos estudios indican el beneficio del uso de THS en la IU. En cambio, otros(45) no encuentran relación con la edad de menopausia, pero sí encuentran un menor riesgo entre las mujeres en tratamiento hormonal sustitutivo. Respecto a la posibilidad de THS se asegura que cuando se utiliza con estrógenos conjugados y progestágenos hay una mejoría clínica y urodinámica de la IUE en estas mujeres(382) o que la THS con estrógenos fue usada con éxito, tanto en la IU como en las infecciones urinarias(383), como aseguran Hägglund et al.(252) y Molander(384). Estos últimos autores afirman también que la terapia estrogénica es un tratamiento frecuente en mujeres con IU y que los estudios han mostrado que esta terapia ha mejorado o curado completamente estos trastornos. Para otros autores, los estrógenos son importantes para el tratamiento de la IUE en la posmenopausia, especialmente en pacientes con cistocele o prolapso de grado I o II(385).

Más recientemente, aparecen algunos trabajos con THS vaginal que aseguran que son una terapia satisfactoria en pacientes posmenopáusicas con trastornos del tracto genitourinario que tienen contraindicaciones, rehúsan otro tipo de THS, o indican que la terapia estrogénica local con estriol puede ser muy efectiva para aliviar los síntomas de la vejiga hiperactiva en posmenopáusicas(292,386), mientras que un trabajo más reciente asegura que la THS mejora la IUU(382), pero no la IUE(387).

Sin embargo otros trabajos aseguran que la THS no mejora la IU o que incluso la empeora, que aumenta el riesgo o, como poco, que no hay diferencias entre mujeres pre y posmenopáusicas que usan o no la THS, o que ésta no debe usarse específicamente para el tratamiento de la IU en pacientes posmenopáusicas(27,388-391).

Hendrix SL et al.(47) en un ensayo clínico realizado en 27.347 pacientes en el que evaluó la terapia hormonal sustitutiva para el tratamiento de la IU, encontraron que la THS aumentaba el riesgo de todos los tipos de incontinencia urinaria, siendo el incremento mayor en el caso de la incontinencia de esfuerzo [RR = 1.87 (1.61-2.18)].

Aunque hay controversia entre los defensores de una u otra postura respecto al efecto de la THS sobre la IU, tras la revisión bibliográfica estudiada se puede resumir la cuestión diciendo que son más convincentes los estudios que aseveran que la IU no se modifica ni se cura, que puede constituir incluso un factor de riesgo o que empeora durante el tratamiento hormonal.

Entre las limitaciones de este estudio, los cuestionarios aplicados, a pesar de estar estandarizados y validados, no contemplan la terapia hormonal de reemplazo en las mujeres menopáusicas (relacionadas con su eficacia)(392). Sería pues, conveniente la ampliación de estudios y proyectos de investigación con relación a la terapia hormonal sustitutiva en nuestro medio.

El porcentaje de mujeres incontinentes era mayor entre mujeres con antecedente de cirugía ginecológica comparado con el de mujeres sin dicho antecedente (38,6% vs 23,8%), siendo estas diferencias estadísticamente significativas. El riesgo de incontinencia es dos veces superior entre mujeres con cirugía ginecológica previa.

Entre las cirugías ginecológicas más practicadas debemos destacar legrado, histerectomía, cesárea. Ninguna de ellas muestra una asociación estadísticamente significativa con la incontinencia. A diferencia de nuestros resultados, en la literatura hay estudios en los que estas intervenciones podrían alterar la indemnidad del suelo pélvico y por eso fueron consideradas en este trabajo. De este modo, ciertos estudios apoyan el papel de la histerectomía en el desarrollo de IU(25,45,86). La histerectomía es la segunda cirugía ginecológica en frecuencia después de la cesárea, en mujeres en edad reproductiva(393). En Estados Unidos se estima se practican 650.000 histerectomías cada año(394). La mayor cantidad de histerectomías se encuentra en el grupo etario de 40 a 44 años. Si se considera el grupo entre los 45 y 54 años, la frecuencia de esta cirugía aumentó desde 8,9 por 1000 en 1994 a 10 por 1000 en 1999(393). En EEUU un tercio de las mujeres a los 60 años han sido sometidas a una histerectomía(395) y el 60% se realiza por vía abdominal(395). Una revisión publicada en 2003 demostró que la principal causa por la que ginecólogos continúan indicando principalmente la histerectomía total abdominal, es que se sienten más seguros con esta técnica y/o la conocen mejor y, en segundo lugar, creen que es necesario remover el cuello por el riesgo futuro de cáncer(396). Estos datos nos deben

llevar a revisar con especial atención las indicaciones y los resultados tanto intra como postoperatorios de esta cirugía. Ya que la histerectomía continuará siendo necesaria, debe aumentar el interés en realizar cirugías menos invasivas. Una buena opción es desarrollar técnicas laparoscópicas, que permitan agregar las ventajas propias de esta técnica (menos sangrado intraoperatorio, estadía hospitalaria menor, menos morbilidad y rápido retorno a actividades previas)(397). Ya que la histerectomía total es una cirugía que puede provocar el daño de los nervios pélvicos y de las estructuras de soporte(88), la búsqueda de la técnica más adecuada debe necesariamente considerar que permita, además, preservar la indemnidad del suelo pélvico.

Por tanto, y a diferencia de los estudios revisados, la histerectomía no muestra en nuestro trabajo significación estadística como factor de riesgo para la incontinencia. Ahora bien, son necesarios más estudios que incluyan un mayor número de mujeres con dicho antecedente (en nuestro estudio únicamente 54 mujeres refirieron dicho antecedente vs 765 mujeres que no lo referían).

Entre las mujeres con antecedente de prolapso el porcentaje detectado de incontinentes fue del 45,4% N=10 resultando superior al detectado entre mujeres sin dicho antecedente (27,7% N=221). Este dato se encuentra en el límite de la significación estadística. Según algunos estudios(102), más del 60% de las mujeres que presentan prolapso de órganos pélvicos son diagnosticadas de IU. Asimismo el 40% de las mujeres que presentan IU presentan algún grado de prolapso. En recientes estudios(103) se ha evidenciado una relación entre los distintos tipos de prolapso, evidenciándose asociación entre cistocele e IUE y entre rectocele y IUU.

De esta forma, según la bibliografía revisada parece que la IU y el prolapso coexisten comúnmente. Dado que nuestros resultados también parecen indicar esta tendencia, serían necesarios estudios con mayor número de mujeres con antecedente de prolapso que nos permitieran confirmar dicha tendencia. Por otro lado este antecedente debe ser tenido en cuenta a la hora de elaborar perfiles de pacientes con mayor riesgo de desarrollo de IU.

Estudios tales como el de Rortveit y sus colaboradores(58) reportaron que la prevalencia de IU varía según los antecedentes obstétricos; en mujeres nulíparas es del 10,1%, en mujeres con sólo cesáreas es del 15,9% y en mujeres con sólo partos es del 21%. En nuestro trabajo, entre mujeres tanto con cesárea como con antecedente de parto los porcentajes de incontinencia son muy similares entre ellos, siendo en el caso de cesárea de un 33,3% y en el caso del antecedente de parto vaginal del 34,4%.

Los porcentajes de incontinencia tanto en pacientes con antecedente de cesárea como sin el son muy similares (33,3% vs 27,5%) y es por esto que no existen diferencias estadísticamente significativas. Ciertos estudios hablan de labor preventiva de cesárea frente a la IU (ya que se evitaría el pujo del parto). Estudios realizados como el de Viktrup y colaboradores(84) estudiaron de forma prospectiva IU antes, durante y después del embarazo en una cohorte de 305 primíparas, encontrando que el parto por cesárea era un factor de protección para el desarrollo de IU. Otros estudios(50,85) han mostrado resultados similares. Sin embargo, otros opinan que los estudios no son demostración suficiente para realizar rutinariamente la cesárea programada para prevenir la incontinencia(398).

Gran parte del interés concedido al impacto de los factores obstétricos sobre la IU guarda relación con el tipo de parto. La cesárea parece seguirse por menos IU posnatal que la parto vaginal. Así, el riesgo de IU posnatal es un 67-71% más alto para el parto vaginal que para la cesárea(399), pero esta ventaja para la cesárea parece que desaparece con el tiempo, después de la segunda cesárea(180).

Sobre el tipo de cesáreas y la prevalencia de IU, no existen diferencias en su prevalencia o su persistencia durante más de 10 años entre las cesáreas electivas y las realizadas de urgencia (399). Se entiende por cesárea electiva la que se realiza antes de iniciar el trabajo de parto, a diferencia de la que se realiza de forma aguda durante el trabajo de parto. Estos resultados sugieren que el aumento de riesgo de IU se debe al estadio final del parto cuando el feto pasa el suelo pélvico, como la causa del aumento de IU. Sin embargo, si se calcula el número de procedimientos (cesáreas) para evitar la complicación (IU), se deben realizar 8 a 9 partos abdominales para prevenir una IU(400). Además, la cesárea incluye riesgos de morbilidad y mortalidad, para la madre y el niño, que son superiores al parto por vía vaginal.

En nuestro estudio no se evidencia este factor protector de la cesárea al no existir diferencias respecto a la frecuencia de incontinencia en mujeres con dicho antecedente respecto a las que no lo tienen, si bien sería necesario aumentar el número de mujeres con dicho antecedente en futuros estudios incorporando así nuevas líneas de investigación en nuestro medio y permitiéndonos de esta forma poder participar en foros de investigación respecto a la controversia y estudios generados y las distintas medidas a tomar respecto al tipo de parto.

Respecto al antecedente de parto vaginal, se desprende en nuestro estudio que entre las mujeres con antecedente de parto vaginal, hay mayor proporción de incontinentes frente al que existe en mujeres sin dicho antecedente (34,4% vs 16% respectivamente) siendo esta diferencia estadísticamente significativa. El riesgo de IU entre las mujeres con antecedente de parto vaginal es de 2,64 veces superior.

Nuestros resultados son congruentes con los hallados en la literatura respecto a incontinencia y paridad. Así, según la bibliografía revisada, el factor principal para el desarrollo de la IU es la paridad. Existen diversos estudios que demuestran que el embarazo y el parto suponen un factor de riesgo para la IU, siendo el primer parto el más significativo(15). También en estudios que comparan partos vaginales con respecto a nulíparas muestran mayor frecuencia de IU en las primeras. Así, Thomas y colaboradores observaron que la IU era más frecuente en las mujeres que habían tenido hijos que en las nulíparas(48). Asimismo en el estudio EPICONT(58) se indica una prevalencia en nulíparas del 10,1% y en las mujeres con solo partos del 21%.

De esta forma, la maternidad se convierte según la información disponible, en una consideración clave en el origen de la IU. El embarazo y el parto constituyen un momento crucial en la vida de la mujer en los que se altera la integridad anatómica y funcional de las estructuras del suelo de la pelvis. En el parto la musculatura estriada perineal y del piso pélvico se distiende longitudinalmente debido a la expulsión del feto, produciendo un daño que en muchos casos es irreversible. La asociación entre paridad e incontinencia ha sido apuntada en diferentes estudios. De hecho, son excepcionales los estudios llevados a cabo con objeto de analizar esta asociación y que no la han encontrado.

Chiarelli et al.(24) encontraron que tener hijos estaba fuertemente asociado con la IU en las mujeres más jóvenes (18 a 23 años). En las mujeres de 45-50 años esta asociación era muy leve y en las mujeres mayores de 70-75 años esta asociación desaparecía.

En el ya citado estudio EPICONT(35) se investigó, además de la prevalencia, la asociación entre paridad e IU. Los autores encontraron que la paridad estaba asociada a la incontinencia y el primer parto era el más significativo en su aparición. Sin embargo, la fuerza de esta asociación fue disminuyendo a medida que aumentaba la edad, hasta incluso desaparecer en mujeres mayores de 65 años.

Otros estudios también han mostrado mayor prevalencia de IU en mujeres multíparas comparadas con nulíparas(401) así como una correlación positiva entre el número de partos y la incidencia de incontinencia urinaria(402).

Estos datos son algo discordantes respecto a los encontrados en nuestro trabajo, donde si bien se muestra cómo la frecuencia de incontinencia aumenta en las mujeres con antecedente de parto vaginal respecto a las nulíparas, siendo el riesgo de 2,4 veces superior, también se observa cómo la IU se relaciona más frecuentemente con las mujeres que han tenido 3 o más hijos. Así se observa que, mientras que entre nulíparas el porcentaje de incontinentes es del 16,5%, entre las mujeres con un hijo ese porcentaje es del 24,3%, entre las que han tenido dos hijos es del 30,7% y llamativamente aumenta entre las que han tenido tres hijos a un 46,2% de la muestra. En cuanto al riesgo de incontinencia asociado a la paridad observamos que el riesgo de ser incontinente con respecto a la nuliparidad según el número de hijos sería con el primer parto $OR (IC\ 95\%)=1,6 (0,94 - 2,78)$ con $p=0,081$, del segundo parto el $OR (IC\ 95\%) =2,23 (1,47 - 3,39)$ con $p\ 0,0001$ y el más llamativo es a partir del tercer parto donde el riesgo $OR (IC\ 95\%)= 4,11 (2,69 - 6,29)$ con $p=0,0001$. Por tanto la diferencia de riesgo más llamativa es a partir de tres hijos, donde existe 4,32 veces más riesgo de ser incontinente. Nuestros resultados por tanto muestran mayor concordancia con estudios que han encontrado una relación lineal entre el número de hijos y la incontinencia urinaria(49).

Una limitación en nuestro estudio es que no se tuvieron en cuenta factores que pueden intervenir durante el parto tales como episiotomías, desgarros vaginales, intervenciones instrumentales o desgarros de esfínter anal. Respecto a estos factores, se ha encontrado que existe controversia en muchos de ellos respecto a su participación en la IU.

Un área de gran controversia es el papel de la episiotomía y los desgarros perineales en el desarrollo posterior de la IU(403). Hace casi 80 años se propuso que la episiotomía sería útil para prevenir las laceraciones o desgarros y reducir la “relajación del suelo pélvico”. Sin embargo, estudios recientes sugieren que puede aumentar el riesgo de problemas del suelo pélvico. Por lo tanto, la función de la episiotomía es incierta. Una revisión sistemática así lo determina(404).

También es motivo de controversia las intervenciones instrumentales durante el parto vaginal (tocurgia) y las consecuencias para el suelo pélvico. Algunas investigaciones ponen de manifiesto que los partos instrumentales/operativos aumentan el riesgo de alteraciones del suelo pélvico(405). Otras sugieren que el nacimiento mediante tocurgia no predice suficientemente el riesgo de IU(406,407) o de prolapso pélvico(408).

Recientemente se ha comunicado que las mujeres que han tenido una aplicación de fórceps obstétrico tienen mayor riesgo de IU de esfuerzo, vejiga hiperactiva, incontinencia anal, síntomas de prolapso genital y prolapsos más allá del introito vaginal. Sin embargo, la

asociación solo fue significativa para la vejiga hiperactiva(405). La episiotomía no está significativamente asociada con ninguno de los trastornos considerados. En cambio, las mujeres que han soportado múltiples laceraciones perineales tuvieron mayor riesgo de tener un prolapso hasta el introito o superando el mismo, y tuvieron menos riesgo de tener vejiga hiperactiva.

Los desgarros del esfínter anal tienen un riesgo aumentado y significativo de tener IUE a las 10 semanas del parto, así como las mujeres que tienen un periodo expulsivo de más de 50 minutos(409).

Sería por tanto interesante, dado que como hemos mostrado el parto es un factor de riesgo para la incontinencia, profundizar en este factor de riesgo y estudiar en el futuro posibles factores contribuyentes en la IU como los que hemos revisado (desgarros vaginales, anales, partos instrumentales o episiotomías).

Entre los factores de riesgo de los estilos de vida estudiados, el estreñimiento es el que presenta una asociación estadísticamente significativa con respecto a la incontinencia. De hecho la incontinencia está presente en el 38,3% de las mujeres estreñidas frente al 26% entre las que no tenían estreñimiento. Finalmente el riesgo de incontinencia entre las mujeres con estreñimiento es 1,7 veces mayor.

Los datos sobre la prevalencia de estreñimiento en pacientes atendidas en los servicios de uroginecología son escasos y mal categorizados y se plantean dudas sobre si las alteraciones del suelo pélvico son responsables del estreñimiento o si son consecuencia de él. Un reciente estudio(410,411) reporta que la prevalencia de estreñimiento, según criterios de Roma II, en las pacientes con prolapso de los órganos pélvicos e IU es del 36%, y algo más de la mitad (el 19%) por defecación obstructiva. Otros estudios reportan síntomas asociados con disfunción defecatoria en el 24-67% de las pacientes con prolapso genital(411).

El estreñimiento por tanto se muestra como un factor de riesgo para la IU. Su tratamiento y su prevención son competencia desde la Atención Primaria, y debe ser abordada aún con más esmero entre mujeres que además presenten otros factores de riesgo para incontinencia.

Nuestro estudio muestra que la frecuencia de incontinencia fue del 25,7% entre las mujeres que practican algún ejercicio físico (N=276) frente al 29,6% entre las que no lo practican (N=543), estos resultados no muestran diferencias estadísticas. El porcentaje de incontinencia entre las mujeres con ejercitación normal (N=182) fue del 27,5% y entre las mujeres que realizan ejercicio de esfuerzo (N=53) el 22,6% eran incontinentes. Estos resultados tampoco muestran significación estadística.

Existen referencias en la literatura que muestran que las mujeres que realizan actividad físico-deportiva padecen una mayor incidencia de IU que las mujeres que no practican deporte(117). La asociación entre la práctica deportiva y la prevalencia de IU ha sido escasamente estudiada, si bien existen estudios(412) que la estiman en torno al 30% entre mujeres atletas. En otros estudios(413) se ha constatado una prevalencia entre el 20 y el 50% de mujeres con edades comprendidas entre los 24 y 45 años que practican actividades deportivas. Adicionalmente, se ha podido comprobar que en actividades de mayor impacto se incrementa la prevalencia de la misma(414).

Según la documentación revisada(412), en relación a las actividades de alto impacto, un tercio de las mujeres jóvenes, nulíparas, delgadas, tendrán IU al realizar gimnasia, deportes como atletismo, baloncesto, ciclismo, dependiendo de la fatiga muscular del piso pelviano, de cambios del tejido conjuntivo o del colágeno del piso pelviano. Los deportes de alto impacto fueron más frecuentemente asociados con la IU, mientras que los deportes de bajo impacto se asociaron más con síntomas del sistema urinario inferior. La incontinencia de urgencia afectó a una gran cantidad de atletas, principalmente ciclistas y jugadores de fútbol. La incontinencia de esfuerzo fue más frecuente en jugadores de hockey y voleibol.

Por tanto, si bien la actividad deportiva se incluye en nuestra actual mentalidad de promoción de la salud en nuestra sociedad actual, también hay que considerar que el deporte puede ser la causa de diversas enfermedades, cuando se ha seleccionado incorrectamente o es mal realizado.

Algunos estudios(415) indican que ciertos deportes tienen más riesgo que otros y las deportistas de alto nivel son los más expuestos. El tipo de IU es esencialmente incontinencia urinaria de esfuerzo que se produce a causa del fenómeno de la hipertensión intraabdominal inherente a ciertas actividades, así como cierta debilidad esfinteriana ante las altas exigencias de presiones.

Por lo tanto, el médico general y el especialista deportivo juegan un papel vital en la información, detección, prevención, orientación terapéutica y el seguimiento de las deportistas. Se necesita mejor información para este problema de salud pública porque, de acuerdo a la severidad de la IU y su impacto, se darán tratamientos simples, efectivos y más o menos invasivos.

Respecto a la información recogida sobre la práctica de ejercicios físico, al no haberse recogido con exactitud la frecuencia de la práctica deportiva, el impacto y el tipo de ejercicio, no se pudieron establecer relaciones que incluyeran estos parámetros con la IU. Por esto, y tras la revisión bibliográfica realizada, sería interesante en el futuro la puesta en marcha de trabajos que estudiaran la relación del deporte con la incontinencia y no sólo desde un punto de vista deportivo de élite sino también en mujeres que realizan actividad física como actividad saludable y no como medio de entrenamiento, siendo de gran interés la realización de los mismos en el ámbito de la Atención Primaria para poder así promover una adecuada e individualizada práctica deportiva que contribuya a mejorar esta patología desde este nivel asistencial.

Con respecto al tabaco, observamos cómo en nuestro estudio el porcentaje de incontinentes entre fumadoras (N=145) fue del 24%, mientras que entre las no fumadoras (N=674) el 29% refirieron algún tipo de incontinencia. Los porcentajes de incontinencia son, por tanto, muy próximos y las pequeñas diferencias no son estadísticamente significativas.

En la documentación revisada el tabaco se ha considerado siempre un factor de riesgo de incontinencia para la mujer. Aunque el mecanismo se desconoce, se cree que puede contribuir a la tos crónica o interferir con la síntesis de colágeno. Este dato también se ha observado en estudios más actuales que sugieren una relación entre la IU y el tabaco(36,49,72).

Respecto a estos estudios, otros muchos resultados aportados en la literatura han sido inconsistentes respecto a la influencia del tabaco en la IU. Nuestros resultados tampoco muestran asociación entre IU y tabaco al igual que sucede en el estudio EPICONT(36), si bien en este último existía una débil asociación en la incontinencia severa. Al examinar la relación entre incontinencia y número de cigarrillos, se observó que los fumadores actuales y los exfumadores de más de 20 cigarrillos tenían un mayor riesgo de presentar incontinencia severa que los no fumadores presentando un OR (IC=95%)= 2.1 (1.5-2.8) y OR (IC 95%)=2.5 (1.8-3.5), respectivamente. Otros estudios(106) también han encontrado esta asociación.

Podemos concluir respecto al tabaco que en nuestra investigación no se evidencia una asociación significativa entre el hábito tabáquico y la IU. Quizá al igual que en el estudio EPICONT sería necesario profundizar en futuras investigaciones sobre este dato teniendo en cuenta la codificación del número de cigarrillos/año fumados para proceder a relacionar la severidad del hábito con el desarrollo de incontinencia. De esta forma se podría establecer cuáles son las dianas poblacionales más importantes sobre las que se podría mejorar la IU mediante el abandono del hábito tabáquico.

Con respecto al consumo de alcohol, entre las consumidoras el 41,5% eran incontinentes, siendo este mucho más elevado que el porcentaje de mujeres incontinentes que no consumen alcohol (27,5%), siendo estos resultados estadísticamente significativos. El riesgo de incontinencia se evidencia como 1,86 veces superior entre las consumidoras.

Respecto a lo conocido sobre el tema en la literatura, estos resultados son congruentes con los obtenidos en un estudio de mujeres taiwanesas(105) entre 20-59 años, que evidenciaron que la prevalencia de IU aumentaba con el consumo de alcohol, si bien el nivel de alcohol consumido no fue cuantificado.

Otros resultados muestran una falta de asociación o incluso un cierto factor preventivo en el consumo de alcohol. Así lo indica un gran estudio de cohortes prospectivo del Reino Unido(106). También se observó la falta de asociación en dos estudios basados en la población llevado a cabo en Noruega e Italia(34,36).

La pluripatología y la polifarmacia tienen una gran responsabilidad en la frecuencia tan alta de incontinencia entre la población anciana(129), considerándose como los factores más directamente relacionados con la aparición de incontinencia urinaria sobre todo entre personas de edad avanzada(130,131).

La etiología de la IU en mujeres es compleja y multifactorial. Diversos estudios(416) afirman que muchos medicamentos tienen efectos adversos sobre el tracto urinario inferior, incluyendo la promoción de la incontinencia en algunas mujeres. Los tres mecanismos principales son: disminución de la presión intrauretral, presión intravesical creciente y efectos indirectos sobre las vías urinarias bajas.

En nuestro estudio se muestra cómo efectivamente el riesgo de IU es mayor entre las consumidoras de fármacos. Por tanto el ajuste y selección cuidadosa de medicamentos en un determinado paciente basado en el conocimiento de los mecanismos farmacológicos de acción puede ayudar a mejorar la situación de IU en algunas mujeres.

Entre las consumidoras de fármacos el 35% eran incontinentes, porcentaje muy superior al 21,4% de incontinentes detectadas entre las no consumidoras de fármacos, mostrando estos resultados significación estadística y multiplicando por dos el riesgo de incontinencia entre consumidoras. Estudiados los distintos fármacos que según la literatura se relacionan con la IU, es entre las mujeres consumidoras de alfa agonistas, de Aines, de antidepresivos, de diuréticos, de antagonistas del calcio y de antihistamínicos, entre las que los porcentajes de incontinencia son mayores que de continencia, si bien estos resultados no son estadísticamente significativos. Sería necesario ampliar la muestra de las consumidoras de cada grupo farmacológico para determinar si realmente existe relación.

En cuanto a grupos farmacológicos concretos consumidos, sólo el de antihistamínicos se asoció de modo que, entre los que los consumen, el 50% son incontinentes frente al 33,8% de entre los que no lo consumen. El riesgo de incontinencia entre las consumidoras de antihistamínicos se multiplica por dos. Probablemente esta relación antihistamínicos-incontinencia se debe a que los pacientes consumidores de antihistamínicos probablemente son pacientes con cuadros de rinoconjuntivitis alérgica, precedidos a su toma por periodos sintomáticos alérgicos (tos y estornudos) que incrementan así la vulnerabilidad de estos pacientes ante la IU y muy probablemente ante la IUE. Estos resultados son concordantes con respecto a estudios revisados sobre este tema; de este modo Hall publicó en el Journal of Urology(417) un estudio epidemiológico que mostró una aparente asociación entre antihistamínicos y los bloqueantes de los receptores de la angiotensina II y la incontinencia urinaria. En este trabajo se muestra que para las mujeres, la prevalencia fue mayor entre los usuarios de los antihistamínicos (28,4%) y los bloqueantes de los receptores de la angiotensina II (22,9%). Hubo asociaciones positivas significativas para ciertos antihistamínicos, agonistas de los receptores beta, bloqueadores de los receptores de la angiotensina II y los estrógenos con la incontinencia urinaria en mujeres y una asociación significativa límite con los anticonvulsivos. De esta forma, y aunque un análisis transversal puede determinar causalidad, este estudio sugiere que ciertos medicamentos deben examinarse a través de análisis longitudinales para de esta forma determinar su influencia en síntomas urológicos.

Respecto al resto de medicamentos comúnmente implicados, distintos trabajos incluyen diuréticos, antipsicóticos, benzodiacepinas, antidepresivos y la terapia hormonal en las mujeres(128,416). Sin embargo, a pesar de la diversidad de mecanismos biológicos de los medicamentos que pueden contribuir al desarrollo de IU y la tendencia creciente hacia la polifarmacia en los adultos mayores, hay sorprendentemente pocos estudios farmacoepidemiológicos sobre la influencia de los medicamentos en la prevalencia o incidencia de IU (418).

En nuestro trabajo observamos que a medida que aumenta el consumo simultáneo de varios fármacos, el porcentaje de incontinentes aumenta (el 32,9% entre los consumidores de 1 fármaco, 36,6% entre consumidores de 2 fármacos, 41,5% entre consumidores de 3 fármacos y el 50% entre consumidores de 4 fármacos). Estas diferencias no son estadísticamente significativas y sería necesario aumentar el número de pacientes consumidores de cada uno de los grupos farmacológicos para lograr de esta forma una mayor representatividad y especificar hasta qué punto la polifarmacia es un factor que influye en la IU.

El aspecto de la polimedicación es de especial interés en el paciente anciano (además de considerar otros factores que pudieran contribuir al desarrollo de IU) por ser especialmente consumidor de varios grupos farmacológicos. Estudiar hasta qué punto la toma de múltiples medicaciones influye, y en qué medida contribuyen al desarrollo de IU, resultaría interesante a la luz de estos resultados. De esta forma se podría realizar una valoración multidimensional en la que se considerase entre otros el consumo de fármacos como factor de riesgo para IU.

El porcentaje de mujeres incontinentes entre las que tienen enfermedades concomitantes fue del 40%, cifra muy superior a la que presentan las mujeres sin enfermedad (27,5%), siendo estas diferencias significativas y el riesgo en pacientes con enfermedad concomitante 1,93 veces superior. Estos resultados son concordantes con los hallados en la literatura sobre el tema, que al examinar la relación entre IU y enfermedad crónica encuentran que la relación entre la incontinencia y la enfermedad crónica es muy alta. Por tanto la incontinencia es una condición muy frecuente en personas con enfermedad crónica y debe ser tenida en cuenta en su cuidado(419). Autores como Busuttil-Leaver(420) señala que la IU no es una enfermedad, es un síntoma de alguna causa subyacente y que se asocia con enfermedades crónicas como diabetes y depresión. Las personas con IU reportan sentimientos de aislamiento social, soledad y estrés. Sin embargo, los autores concluyeron que tratar la causa de base y manejar el síntoma mejoran la calidad de vida.

Entre pacientes con antecedente de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) N=18 el 55% eran mujeres incontinentes, si bien tan solo el 27,6% tienen incontinencia entre las que no tenían patología tipo EPOC. Se tratan de diferencias estadísticamente significativas y por tanto la IU es más frecuente entre las mujeres con antecedente de EPOC.

Estos datos se aproximan a los obtenidos en otros estudios. Así, el llevado a cabo por Hrisanfow y Hägglund(421), en Suecia, buscó la prevalencia y el estatus de la IU entre 728

personas de 50-75 años con EPOC atendidas en programas de AP. Ellos encontraron que en éste, como en otros casos, la prevalencia es mayor en mujeres y en cualquier caso, elevada, con un 49,6% en el caso femenino y un 30,3% en los hombres. Sus resultados muestran asociación positiva del sobrepeso y los accesos de tos con predominio de la IU de estrés, con un 52,4% de los casos positivos y se encontró goteo postmicción en el 66,3 % de los hombres.

La IU alteró las actividades cotidianas en la mayor parte de los casos, en especial en las mujeres. Sin embargo, fueron ellas quienes más ayuda pidieron. Recomiendan los autores que en los planes de cuidado de los pacientes con EPOC se incluyan la cuidadosa valoración de la presencia de IU y su manejo consecuente.

En nuestro estudio la condición de incontinencia es mucho mayor entre las pacientes con antecedente de ACV (N=7) y Parkinson (N=3), siendo respectivamente del 71,4,% entre las primeras y del 100% en las segundas. Estas diferencias con respecto a las mujeres sin dichos antecedentes son estadísticamente significativas. La incontinencia por tanto parece ser más frecuente entre las mujeres con antecedente ACV y Parkinson.

A este respecto, diferentes datos hallados en la literatura revisada(131) indican que patología neurológica como la enfermedad de Parkinson, la enfermedad cerebrovascular, la demencia, la hidrocefalia, la patología medular las neuropatías periféricas y/o autonómicas, pueden condicionar una pérdida del control cortical o de la integración del reflejo miccional a nivel del centro sacro de la micción. Otros estudios también hablan de esta asociación con ictus(126,133) o Parkinson(126,135).

Respecto a la diabetes, en nuestro estudio entre las mujeres diabéticas (N=56) el porcentaje de incontinencia fue discretamente superior (37,5%) comparado con las que no tenían dicho antecedente (N=763), con un porcentaje de incontinentes del 27,5%. Estos resultados no son estadísticamente significativos. Estos datos contrastan con los hallados en la literatura científica sobre el dicho tema(29,38,126). En ellos se ha relacionado habitualmente el antecedente de diabetes con un mayor riesgo de IU, sobre todo cuando existe un mal control metabólico, ya que altera la contractilidad del detrusor en relación a la neuropatía así como la aparición de diuresis osmótica por poliuria. Otros estudios también avalan dicha relación.

Es necesario para poder comparar con los resultados aportados sobre este tema, el aumento de tamaño muestral del colectivo de mujeres de diabéticas entre las que se estudia la frecuencia de incontinencia en futuros proyectos de investigación.

Tampoco se encuentra en nuestros resultados una asociación estadísticamente significativa entre las cifras de incontinencia detectada entre las mujeres con antecedente de tumores y las que no tienen dicho antecedente.

Sería interesante observar la frecuencia de incontinencia urinaria según la presencia de 2 o más enfermedades. Este hecho se muestra en determinados estudios(132) que indican que la presencia de 2 o más enfermedades se ha asociado con la IU (OR (IC 95%)= 4,38 (2,50-7,68).

La pluripatología es un factor de especial interés sobre todo en población susceptible como los ancianos. En ellos se añade a la especial vulnerabilidad fisiológica que suelen presentar para la IU, el hecho de la confluencia habitualmente de varias patologías crónicas, así como el consumo de varios grupos farmacológicos simultáneamente. Este hecho debe tenerse en cuenta para hacer una correcta valoración multidimensional y ofrecer el tratamiento más adecuado.

A pesar de la elevada frecuencia de la incontinencia y su asociación con la enfermedad crónica, la investigación relativa a este aspecto es escasa y sólo aparecen estudios de casos muy especiales de algunas enfermedades crónicas. Creemos necesario el estudio y ampliación de posibles factores y enfermedades crónicas que podrían verse relacionadas con IU.

Los factores que muestran una mayor relación con la IU en el análisis multivariante son el consumo de alcohol, el antecedente de parto vaginal, la edad mayor de 45 años, el estreñimiento, el sobrepeso, la cirugía ginecológica y el consumo de fármacos.

Todos ellos han mostrado una asociación estadísticamente significativa de mayor riesgo entre las incontinentes. Sería interesante elaborar programas de prevención, detección e intervención precoz desde Atención Primaria que incluyeran a mujeres con dichos factores de riesgo. Es necesario continuar líneas de investigación sobre los posibles factores de riesgo contribuyentes para la IU.

6.2.3 DISCUSIÓN TIPOS DE IU y FR ASOCIADOS POR SUBTIPOS

Más de la mitad de las mujeres incontinentes (55,4%, N=128) correspondieron al subtipo de IUM, seguida en frecuencia por el subtipo IUE (26,4%, N=61) y en último término por el de IUU (18,2%, N=42). La categorización por subtipos se hizo a partir de la puntuación por bloques del test de validación usado en Atención Primaria Vila et cols(308).

Estos datos son similares a los que existen en estudios con metodología similar y realizados en el ámbito de AP. Así autores como Sanchez Enciso(247) encuentra una distribución por subtipos similar a la nuestra en una muestra de 141 mujeres, siendo el 40,4% del subtipo IUM, el 38,3% del subtipo IUE y el 21,3% del subtipo IUU.

Otros estudios también observan esta distribución mayoritaria de IUM seguida de IUE y finalmente IUU. Así Monz(422) confirma en un estudio realizado en 9.487 mujeres de 15 países de Europa, incluido España, que la incontinencia más frecuente era la mixta (58%). Del mismo modo, grandes estudios epidemiológicos también muestran datos similares(15,127) estimando que el 11-20% de incontinentes tienen síntomas de IUU y que el 30-40% tienen síntomas de IUM.

Otros estudios fuera de nuestro país muestran una distribución similar(423). Uno de ellos(86) realizado en mujeres de edad media con un tamaño de N=467 incontinentes muestra una distribución según subtipos de IUE 45% IUU 6% y IUM 49%. Asimismo la prevalencia por subtipos de IU ha sido investigada por el Programa nacional de evaluación de la vejiga hiperactiva (NOBLE) en Estados Unidos(424), evaluando con cuestionarios validados a 5.204 personas el cual evidenció un 34,4% de IUM, un 33,8% de IUE y un 31,8% de IUU pura.

Sin embargo, también en la revisión realizada hemos encontrado estudios que muestran distintos resultados en cuanto a la distribución por subtipos de IU. Algunos de ellos(366) también han sido realizados en Atención Primaria obteniéndose que analizadas 117 mujeres, la mayor prevalencia global fue de IUE seguida de IUU y finalmente IUU (42,7%, 28,2% y 24,8% respectivamente). La causa de esta discrepancia podría deberse a la metodología empleada, dado que en este caso a los pacientes se les preguntaba si presentaban cualquier pérdida de orina, por pequeña que fuera. Los pacientes que referían presentar IU fueron citados de forma individualizada y se les aplicaba el cuestionario de IU ICIQ-SF y el cuestionario de salud Kings para confirmar el diagnóstico de IU, discernir su tipo y valorar su impacto en la CV del paciente.

Ambos cuestionarios poseen utilidad demostrada en la identificación y la cuantificación del impacto de la IU en la CV de los pacientes, así como un gran valor para el diagnóstico del tipo de IU.

Ciertos estudios(162) realizados en Atención Primaria indican que el tipo de IU más detectado es el subtipo de IUE.

Estudios epidemiológicos(149) amplios muestran a la IUE como el síntoma más frecuentemente referido, indicando que la IUE pura afecta al 10-20% de las mujeres incontinentes, mientras que el 30-40% tienen síntomas de IUM. Como la IUM es la combinación de IUE y IUU, la mayoría de las mujeres, independientemente de su edad, se quejan de IUE con o sin otros síntomas del tracto urinario inferior.

Esto se corresponde con los porcentajes comunicados en el extenso estudio EPICONT(15), en el que el 50 % de las mujeres incontinentes tenían síntomas de IUE, el 11% de IUU y el 36% de IUM. Estos datos han sido confirmados en recientes revisiones(11).

Debemos en cualquier caso tener en cuenta que información como la aportada por estudios como el realizado por Sandwik(425) en el que se validó un cuestionario con preguntas clínicas hecho por un ginecólogo después de realizar un diagnóstico urológico. El resultado mostró que la IUE era infradeclarada, en contraste con la IUM que era sobreestimada. Así los porcentajes de IUE aumentaron del 51 al 77%, en la mixta se redujeron del 39 al 11%, y en la incontinencia de urgencia solo se modificaron discretamente de un 10 a un 12%.

La edad media de las mujeres incontinentes con subtipo IUM es de 61,1 años (IC 95% 58,9-63,2), siendo muy próxima a la edad media de las mujeres con IUU, que tienen de media 57,2 años (IC 95% 51,8-62,7). Ambas son claramente superiores a la edad media que presentan las mujeres con IUE (50,8 años IC 95% 47,5-54,2). Al hacer un análisis de comparaciones múltiples observamos cómo esas diferencias de edad por subtipos son estadísticamente significativas sólo entre las IUE y cualquiera de los otros subtipos IUU y/o IUM.

Se han realizado estudios en AP sobre subtipos de IU que los han relacionado con edad, como el llevado a cabo en dos Centros de Salud urbanos(366), el cual observa la misma asociación entre edad menor e IU, siendo mayores las medias de edad en IUM e IUU. Ahora bien las medias de edad fueron superiores a las de nuestro estudio en cualquiera de los subtipos (64 años en IUE, 71 años en IUU y 71 años en IUM).

Por intervalos de edad, entre las mujeres de edad más joven (menores de 44 años) el subtipo más frecuente es la IUE. También este subtipo es el más frecuente a edades medias (45-54 años), si bien hay en este grupo un aumento de frecuencia de IUM (41,9%). A edades más avanzadas (mayores de 55 años) el subtipo más frecuente es el de IUM con un 65,4% de las incontinentes, en detrimento de los subtipos IUU e IUE (con porcentajes próximos al 17% en ambos casos).

A este respecto, diversos estudios coinciden en que la edad se relaciona con el tipo de IU, siendo la IUE más frecuente en mujeres jóvenes y de mediana edad, disminuyendo progresivamente a partir de los 60 años. Por su parte, al aumentar la edad se incrementan los subtipos IUU y la IUM(205) (401). Ciertos estudios especifican que la frecuencia de mujeres incontinentes con IUE alcanza un pico máximo alrededor de la quinta década (rango, 28% a 65%)(11,12,307) y luego declina a partir de la sexta década. En contrapartida, según la bibliografía, la IUU es la forma más común de IU en mayores de 75 años, sobre todo en los hombres (40-80%)(20,28).

Un estudio realizado en el Área 6 de Madrid(161), en mujeres de 40 a 65 años, también observa que entre las más jóvenes hay mayor IUE y según avanza la edad, la IUU aumenta en frecuencia. La aparición de determinadas comorbilidades, más propias de edades avanzadas, la ingesta de ciertos fármacos, la obesidad y la laxitud muscular pueden estar en el origen del incremento de la IUU, más que la edad en sí misma. El hecho de que algunas de estas circunstancias sucedan con más frecuencia a unas determinadas edades no permite atribuir directamente estos cambios a la edad; hacerlo situaría el trastorno de la IU como un problema inevitable e irreversible propio del envejecimiento, lo que induciría a comportamientos inadecuados tanto por parte de la mujer como de los profesionales. La IU aumenta con la edad pero no es consecuencia directa de ella.

También hay autores(426,427) que objetivaron mayor frecuencia de IUU. La explicación radicaría en el sobrediagnóstico de urgencia e IUU en pacientes con IUM (en realidad son formas de IUE que las pacientes lo relacionan erróneamente con urgencia miccional y posterior IUU). Existen diferencias significativas en los parámetros clínicos y urodinámicos entre pacientes con IUM e IUU pura. El componente de urgencia miccional en pacientes con IUU pura está más relacionado con detrusor. Es probable que muchas mujeres con IUM sólo tengan IUE pura, con un sobrediagnóstico de urgencia e IUU, lo que llevaría a efectos positivos(427) en los resultados de cirugía de antiincontinencia.

Por tanto, en nuestro estudio se confirma la distribución conocida con respecto a los subtipos de IU, siendo más frecuente el subtipo de IUM en edades mayores y siendo entre

las jóvenes el subtipo IUE el más frecuente. No obstante y de acuerdo a la bibliografía revisada, debemos también considerar una posible sobredimensión de la IUU, que en muchas ocasiones se trata de IUE y por tanto se debe hacer especial esfuerzo en la distinción clínica entre ambos subtipos, dado que el abordaje desde AP sería diferente.

Independientemente del estado civil, el subtipo de IU más frecuentemente detectado es el subtipo IUM, a excepción de las solteras, entre las que será la IUU el subtipo más frecuente (del 43% aproximadamente). Es llamativo que siendo las mujeres solteras las de edad más joven (35,9 años), predomine en ellas el subtipo de IUU, dato que contrasta con lo que cabría esperar en edades más jóvenes. Dado que las mujeres solteras de nuestra muestra son más jóvenes (35,9 años, DE 12,5) que las mujeres del resto de estados civiles, llama la atención el dato de que el subtipo de IU más detectado sea el de la IUU, en contraste con lo que cabría esperar en edades más jóvenes, la IUE. Esto es así puesto que sabemos que el porcentaje de mujeres incontinentes con IUE suele ser mayor, alcanzando un pico máximo alrededor de la quinta década (rango, 28% a 65%)(11,12,307).

Probablemente esto sea debido a una sobredimensión de los síntomas asociados a la IUU en mujeres jóvenes. Este hecho ya fue advertido en estudios epidemiológicos que se basan en síntomas que las pacientes registran en encuestas y frente a los cuales es más probable que se sobredimensione la IUM y la IUU, en detrimento de la IUE(28). Por tanto, sería de gran interés la formación e información a las mujeres solteras de cuáles son los síntomas más específicos de la IUE frente a la IUU para que, conociéndolos, consulten con su médico y este pueda abordarlas de manera óptima.

En el resto de estados civiles la IUM representa el subtipo más frecuente, con porcentajes superiores al 50% entre cualquiera de ellas y siendo el porcentaje superior entre casadas (el 59%). Le siguen en frecuencia la IUE entre las separadas y las casadas, y la IUU en viudas.

Probablemente la edad de las mujeres de nuestra muestra influye en el subtipo de IU en los distintos estados civiles. De este modo, la edad media de las mujeres casadas y separadas (54,5 años y 50,6 años respectivamente), correspondería a edades en las que la IUM comienza a ser más frecuente, y en las viudas (con edad media de 69,6 años) el subtipo de IUM ya es claramente superior, tal y como también muestra la literatura revisada(12) (llegando a suponer el 40-48% en mujeres mayores de 60 años). Probablemente esto se deba a un incremento de la IUM a expensas de sintomatología de urgencia miccional. Estos datos son congruentes con los que indican la mayoría de estudios(401): según avanza la edad, la IUU aumenta su frecuencia.

Respecto a cómo se distribuyen los distintos tipos de incontinencia en función del nivel de estudios (N=37), cabe destacar que entre las que poseen estudios básicos (N=172) o no poseen estudios, la incontinencia más frecuente es la mixta (70,3% y 56,4% respectivamente), mientras que entre las mujeres con formación avanzada (diplomatura N=16, licenciatura N=6) el subtipo más frecuente es la de urgencia (43,7% y 50% respectivamente), seguida de la de esfuerzo y en último término la mixta.

Debemos destacar dos factores a este respecto. Por un lado, las mujeres con mayores niveles de formación de nuestra muestra ya hemos indicado que son las más jóvenes. Por tanto, cabría pensar que, como también se ha tratado ya en este trabajo, el subtipo más frecuente fuese la IUE. De hecho varios estudios avalan que entre las mujeres con más altos niveles de educación parece haber una asociación sobre todo con IU leve y con IUE(29,30).

Ahora bien, entre las mujeres de nuestro estudio, el subtipo más frecuente entre mujeres con altos niveles de formación fue el subtipo de urgencia. A este respecto debemos destacar el hecho de que estas mujeres pueden haber manejado mayor información acerca de cómo mejorar su problema predominante (la IUE de esfuerzo) y por ello el subtipo detectado entre las mujeres que tienen mayor nivel de formación y son más mayores es la IUU. Determinados estudios ya mostraron no sólo que las mujeres sin incontinencia tuvieron mayor grado escolar sino también la importancia de conocer las implicaciones de dicho padecimiento, pues modificaron las variables de paridad y obesidad(373).

De esta forma, las mujeres con mayor nivel de formación comenzarían precozmente la realización de medidas correctoras mejorando la IUE. Esto justificaría la baja proporción de IUE entre las mujeres con mayor nivel de formación y la alta prevalencia de IUM, probablemente a expensas de IUE no corregida sumada a la IUU inherente a la edad.

Este hecho apoya y subraya los beneficios que un nivel de formación e información alto de la población general podría tener, contribuyendo a una disminución en la frecuencia incontinencia, en gran medida a expensas de mejoría del subtipo IUE.

Hay estudios que hablan de cómo la IUE es el síntoma más frecuente independientemente de la edad. Las mujeres con mayores niveles de formación probablemente han recibido o se han interesado por medidas correctoras que han disminuido la IUE, permaneciendo los casos menos fácilmente corregibles con medidas correctoras de IUU (más propios de factores que tienen que ver con envejecimiento, hipoestrogenismo, etc.). Este hecho debería ser tenido en cuenta, a la hora de interpretar la frecuencia de IUU que, tras esas

medidas correctoras tomadas, podría aumentar su frecuencia relativa al disminuir la IUE. Esto no supondría un repunte de IUU sino una disminución de IUE.

No existen diferencias estadísticamente significativas entre nacionalidad española o extranjera y los distintos subtipos de incontinencia.

Con respecto al IMC ya hemos indicado que existe una mayor frecuencia de incontinencia cuanto mayor es el valor del IMC. Ahora bien no existe una relación significativa entre los valores de IMC y los subtipos del IMC. De hecho, los valores medios son similares en los tres subtipos de incontinencia (IUE 27,9 Kg/m², IUU 27,4 kg/m² e IUM 28 Kg/m²), correspondiendo todos ellos a la categoría de preobesidad grado 2 según SEEDO. Tampoco se obtuvo relación entre los valores de IMC categorizados según SEEDO y los subtipos de IU.

Respecto a los subtipos de incontinencia relacionados con el IMC, y a diferencia de los resultados obtenidos en este trabajo, se ha evidenciado asociación en distintos estudios. Así, el estudio de Alling Moller y cols.(25) encuentra una asociación casi lineal entre la IU y el IMC, y el percentil mayor de IMC presentaba 4,2 veces mayor riesgo de IUE y 2,2 veces mayor riesgo de IUU.

De la misma forma, Brown(38) y el estudio HERS(38) reportan que un índice de masa corporal alto está asociado con un aumento en la prevalencia de IUE y para IUM, pero no para IUU. Igualmente, el IMC se correlacionará con la severidad de episodios de incontinencia.

A continuación se muestra la distribución de subtipos de IU hallada en nuestro estudio entre las distintas categorías de IMC. Observamos cómo entre las mujeres con mayor IMC (Obesidad grado 2 o superior N=114), la mayor distribución por subtipos de IU corresponde a IUM (60,5%), seguido de IUE (22,8%) y finalmente IUU (16,7%). Mientras que entre mujeres con IMC muy bajo (N=5) el subtipo predominante fue IUE e IUU, con un 40% cada una de ellas.

En cuanto a si la edad podría influir en la posible relación entre IMC y subtipos de IU, debemos tener en cuenta que en los subtipos de IUU e IUE los valores medios de IMC son más bajos, siendo también la edad media más baja en esos subtipos. Por su parte, en mujeres con IUM el IMC ofrece un valor más alto, siendo también la edad media entre mujeres con IUM más alta. Por tanto, se hace necesario la realización de estudios futuros que investiguen hasta qué punto es la variable del IMC independiente de la influencia por la edad.

Ciertos estudios como el llevado a cabo por Subak(428), han demostrado la utilidad de la pérdida de peso con respecto a la reducción de frecuencia de determinados subtipos de IU. De esta forma en el año 2002 Subak(428) presentó el efecto de la reducción de peso en pacientes con IUE. Tras nueve meses de seguimiento, el grupo de mujeres que perdió un 58% de su peso corporal, tenía un 50% o más de disminución de episodios de incontinencia urinaria por semana y el 15% de ellas fueron curadas por la reducción de peso.

Por tanto, respecto al IMC nuestro estudio no encuentra asociación entre IMC y subtipos de incontinencia. Probablemente esto pueda ser debido a valores de IMC en nuestra población a estudio muy próximos entre sí, que ofrecen muy poca variabilidad. Por tanto, para obtener datos capaces de demostrar, si las hubiera, diferencias estadísticamente significativas, se debería aumentar el tamaño muestral. Del mismo modo, se hacen interesantes no sólo líneas de investigación sobre la influencia del IMC por subtipos, sino también la mejoría de los subtipos de incontinencia a medida que se disminuye el grado de IMC, dado que diferentes estudios asocian a la pérdida de peso una mejoría de incontinencia, sobre todo en el subtipo de IUE. De esta forma podría tratarse de una medida preventiva aplicable desde Atención Primaria a las mujeres con este tipo de incontinencia.

Respecto a las variables gineco-obstétricas, únicamente las mujeres con menopausia han demostrado tener una relación estadística respecto a los diferentes subtipos de IU. De este modo, entre las mujeres con menopausia, el subtipo más frecuentemente detectado es la IUM (el 65,2% de las menopaúsicas), si bien entre las que no presentan dicho antecedente el mas frecuente es el subtipo IUE (el 46,3%).

Este hecho puede deberse a que la condición de menopausia se da en edades medias de la vida en torno a los 50 años. Es a esta edad en la que los cambios fisiológicos etarios parecen influir en la presencia de IUM con mayor facilidad. Mientras que la IUE tal y como hemos comentado previamente es un subtipo de incontinencia más frecuente entre mujeres más jóvenes. Así pues cobra sentido que entre las incontinentes menopaúsicas el subtipo más frecuente sea la IUM mientras que entre las incontinentes no menopaúsicas el subtipo más frecuente sea la IUE.

Hemos comentado a lo largo de este trabajo cómo durante la menopausia se ha sugerido que la atrofia genital puede contribuir a la relajación del suelo pelviano, así como a la deficiencia intrínseca del esfínter uretral. Ahora bien, destacamos que estudios recientes no han demostrado que la menopausia, por sí misma, sea un factor de riesgo independiente de la edad(18).

Por tanto, son necesarios más estudios que investiguen hasta qué punto la menopausia es en sí misma un factor de riesgo independiente de la edad. También sería interesante profundizar en las causas que hacen que la menopausia tenga relación con la incontinencia y explícitamente con determinados subtipos de incontinencia. Finalmente debe considerarse la menopausia como un factor de riesgo a considerar para campañas de formación, detección y abordaje precoz de la incontinencia.

Si bien el antecedente de cirugía pélvica fue considerado anteriormente como factor de riesgo confirmado en este estudio para la IU, no se confirma la asociación de cirugía con los distintos subtipos de incontinencia. Estos resultados son congruentes con los conocidos sobre el tema. De hecho los estudios epidemiológicos revisados (45), indican cómo el antecedente quirúrgico aumenta el riesgo de cualquier subtipo de incontinencia pero no muestra diferencias a favor de un subtipo en concreto.

Estudios analizados sobre la relación de intervención pélvicas y subtipos de IU muestran que la histerectomía abdominal por la ausencia de la adecuada pexia de los ligamentos útero sacros, la colposuspensión y operaciones vaginales han sido señaladas como factores de riesgo para la IUE de un 43% a 62% en estudios postoperatorios(10,22-24)(191,429).

En nuestro estudio, respecto a la cirugías ginecológicas se han incluido legrado, histerectomía, parto y cesárea. Al estudiar la distribución por subtipos de incontinencia no se ha evidenciado asociación estadística en ninguna de ellas, si bien sí se muestran tendencias de frecuencia que muestran la necesidad de investigaciones futuras en dichos aspectos.

De la misma forma, respecto a alguna de estas variables se han evidenciado estudios interesantes, como los que han intentado observar la relación existente entre mujeres histerectomizadas y subtipos de incontinencia respecto a la edad. En este sentido, la relación de histerectomía y edad(138), la IUU y la IUM predominan en las mujeres de mayor edad, mientras que la incontinencia de esfuerzo predomina en las mujeres más jóvenes. Otros estudios añaden al ajuste por edad otros factores de riesgo y así, después de ajustar por edad, paridad y nivel educativo, una sección transversal del estudio reveló que la histerectomía era asociada a la IUU (OR 1,93; IC del 95%= 1,40 a 2,63), pero no a la IUE (OR 1,18; IC del 95%, 0,88 a 1,59) (430).

El papel del impacto de la histerectomía en la IU y explícitamente en la IUE sigue siendo actualmente un tema de controversia. Un ya clásico metaanálisis(88) publicaba una asociación entre histerectomía e IU a largo plazo, es decir, muchos años tras la cirugía,

sobre todo en mujeres mayores de 60 años, en las que el riesgo de IU se incrementaba hasta 60%. Otros estudios, no encuentran esta asociación(89).

El prolapso es una variable que se relaciona con incontinencia. Ahora bien no existen diferencias por subtipos de incontinencia entre las mujeres con dicho antecedente comparado con las mujeres sin prolapso. Sólo en estudios recientes(103) se ha evidenciado una relación entre los distintos tipos de prolapso señalándose asociación entre cistocele e IUE y entre rectocele y IUU.

Por tanto, se hacen precisos más estudios que traten de mostrar cual es la influencia real de prolapso no solo en la frecuencia de IU sino también en cuanto al subtipo de la misma, dado que hemos encontrado una clara escasez de estudios que muestren subtipos de incontinencia en pacientes con prolapso.

El embarazo es, por sí mismo, al margen del parto y la práctica clínica, un factor de riesgo para IU posparto, especialmente si la incontinencia comienza durante el primer trimestre(406,431) . Este concepto es apoyado por el aumento de la tasa de IUE con el aumento de abortos, que sugiere que el embarazo por sí mismo puede tener un efecto adverso sobre la IUE. Sería necesario hacer estudios que mostraran la influencia del embarazo en la IU y en concreto en subtipos de IU en nuestro medio.

Respecto al parto, nuestro estudio sí evidenció una relación con respecto al riesgo incrementado de IU pero no muestra diferencias estadísticamente significativas con respecto a los subtipos de IU entre las mujeres con dicho antecedente respecto a las que no lo tienen.

Al igual que en nuestro estudio, ciertos autores como Demirci(432) concluyen que no existe diferencia significativa en la incidencia de IUE entre pacientes con cesárea y parto, aunque es más elevada en este último grupo. Profundizando en este aspecto, otros autores como Groutz(53) determinan que la prevalencia de IUE no disminuye en las mujeres que tuvieron trabajos de parto que terminaron en cesárea, pero sí en las que no tuvieron trabajo de parto y cesárea programada.

Otros estudios(45) muestran resultados diferentes al nuestro y evidencian un aumento de riesgo de padecer IUM e IUE con antecedente de parto vaginal. Estudios más recientes(50) observan que el parto es un factor establecido de riesgo de IUE y IUM entre mujeres jóvenes y de mediana edad(35). Se ha sugerido que el parto vaginal es el factor contribuyente más importante, posiblemente por las lesiones neurológicas o musculares

asociadas. Sin embargo, el embarazo en sí mismo también puede causar cambios mecánicos u hormonales que sean causa de IU (el 31-42% de las embarazadas tienen IUE y en el 51% de ellas persiste algún grado de IU postparto). Por otro lado, recientemente se ha comprobado que las mujeres con partos por cesárea (prevalencia 15,8%) tienen un riesgo mayor de IU que las nulíparas (prevalencia 10,1%) pero que el parto vaginal sigue siendo el que se asocia con el riesgo mayor (prevalencia 24,2%). Asimismo algunos estudios muestran que el hecho de padecer incontinencia durante el parto hace que la mujer se vuelva más vulnerable para el desarrollo de IU a los 6 meses postparto que entre aquellas que no fueron incontinentes durante el embarazo.

El estudio EPICONT(35) investigó, además de la prevalencia, la asociación entre paridad e IU y además indicó que únicamente la IUE y la IUM tuvieron asociación con la paridad, no así la IUU. En este mismo estudio se estableció una asociación entre IU y el primer parto, si bien no se estudiaron asociaciones por subtipos de IU y número de partos. En nuestro estudio sí que se buscó pero no se estableció asociación entre el número de partos y el subtipo de incontinencia.

Cada vez con más frecuencia hemos encontrado estudios que incorporan distintos parámetros obstétricos que pudiesen contribuir a la aparición de IU. En un reciente estudio(58) los recién nacidos con un peso de 4.000 gramos o más se han asociado a cualquier tipo de IU e IUE, trastornos funcionales del parto con IU moderada o severa, la anestesia epidural con IUE, y la circunferencia cefálica mayor de 38 cm con IUU. El resto de los parámetros estudiados (edad gestacional, instrumentación del parto entre otros) no mostraron asociación significativa.

Respecto a los factores estudiados de de estilo de vida, destacamos que es el antecedente de estreñimiento el que se relaciona con subtipos de incontinencia, de modo que el 70% de las mujeres estreñidas tienen IUM, un 15,8% IUE y un 14% IUU. Entre las mujeres no estreñidas si bien la IUM sigue siendo el subtipo más detectado, su frecuencia es menor, representando un 50,6% de los casos, seguido de IUE 30% y finalmente IUU el 19,5%.

El estreñimiento es un factor abordable y prevenible desde la Atención Primaria. El resto de factores de riesgo que tienen que ver con estilo de vida (práctica de ejercicio físico, fumar o consumir alcohol) no han mostrado asociación estadísticamente significativa con subtipos de IU.

La práctica deportiva y ciertos patrones motores están caracterizados por las repetidas acciones que causan aumentos de presión afectando a corto, medio o largo plazo a las estructuras de sujeción pasivas del suelo pélvico. Pueden ocasionarse pérdidas de orina en momentos puntuales ante esfuerzos físico-deportivos(433).

Esta situación genera el síntoma de IUE, que se define como la pérdida involuntaria de orina asociada con el aumento de la presión intraabdominal. Es la que aparece con mayor frecuencia durante la práctica deportiva(116).

Generalmente la IUE es referida por las mujeres durante su actividad deportiva(414). Así un 30% refieren quejas de pérdidas urinarias durante su actividad deportiva. El aumento de presión intraabdominal supone un daño directo en el mecanismo de compresión del esfínter uretral contra la fascia endopélvica que sostiene la vagina(20).

Recientes investigaciones han puesto de manifiesto que la práctica de ejercicio físico de alto impacto, que se realiza en centros de fitness, como puede ser saltar o desplazarse en grandes amplitudes con el propio peso corporal, incrementa la incidencia de IU incluso en mujeres jóvenes (una media de 25,68 años)(434). Presumiblemente, esta elevada prevalencia de IUE estaría también presente en aquellas mujeres que practican actividad física para mantener o mejorar su estado de salud. Son las conocidas como actividades de fitness que, según Hernando (2009)(435), pueden ser definidas como aquellas tareas que inciden sobre la salud y la condición física. Sin embargo, Hannestad(15) indicó que la baja intensidad de ejercicio disminuye discretamente el riesgo de IU, salvo la IUU.

Las pérdidas urinarias supusieron un abandono obligatorio de la práctica deportiva a un 10% de las mujeres que la padecía, limitando la práctica a un 20%, según los resultados presentados por Salvatore et al. (2009). Estos porcentajes concuerdan con los previamente presentados por Brown y Miller (2001)(436) quienes aportan el dato de que un tercio de las mujeres de entre 48 y 53 años evadieron la realización de ejercicio físico debido a estos síntomas de incontinencia urinaria. Los mismos autores encontraron que sucedían hechos similares al 7% de mujeres jóvenes entre 21 y 26 años. Este es un factor a contemplar, pues quizá algunas mujeres evitan realizar ejercicio físico o lo abandonan para no sentirse incómodas con las pérdidas.

En nuestro estudio parece que la IUM es el subtipo más frecuente entre las que realizan ejercicio y si observamos le siguen en frecuencia IUE e IUU. Ahora bien, no se ha demostrado significación estadística con respecto a las que no practican ejercicio.

Sería necesario recoger datos sobre la intensidad de ejercicio y su relación con la IU debido a que hemos observado cómo entre los distintos autores se ha señalado que los ejercicios moderados o de élite pueden favorecer la IUE, pero la ejercitación suave mejoraría la IUE y la ausencia de ejercicio no mejoraría la IUU. De la misma forma la edad puede influir en la asociación ejercicio e incontinencia. Por tanto deben hacerse estudios que relacionan cómo influye la edad y deben hacerse estudios de intensidad de ejercicio y su influencia en los distintos subtipos de IU. Estudios de este tipo nos llevaría a tener un mayor conocimiento sobre la influencia del ejercicio en la IU y de su uso con fines beneficiosos para la incontinente sin suponer un riesgo de empeoramiento.

Entre las fumadoras la distribución por subtipos corresponde un 45,7% IUM, seguida de un 40% IUE. Por su parte las no fumadoras tienen en un 57,1% subtipo IUM y un 24% IUE. Estos resultados no muestran significación estadística.

Nuestros resultados no muestran un mayor riesgo por subtipos de incontinencia entre las fumadoras. Estos datos hallados son discordantes a los que hemos encontrado en un estudio(107) de casos y controles en el que las mujeres fumadoras presentaban un riesgo 2,5 veces mayor de padecer IUE. De la misma forma otro estudio(232) mostró una asociación entre IUM y fumar. Esto puede ser debido al daño que produce el efecto de la nicotina en la musculatura pélvica que soporta estructuras, dado que interfiere en la síntesis de colágeno(107).

La justificación de cómo el tabaco influye en la aparición de incontinencia se encuentra, por un lado, en el alto riesgo de daño al esfínter urinario en la base de la vejiga debido a la tos crónica. Este esfínter controla la micción y es necesario para prevenir la pérdida involuntaria de orina. La tos crónica puede debilitar y dañar el esfínter y derivar en incontinencia. Por otro lado, fumar provoca una irritación de la vejiga por los subproductos del tabaco. El resultado es urgencia y frecuencia urinaria.

Si bien los diferentes estudios revisados encuentran la asociación de IU con el tabaco considerando que la incontinencia es uno de los peligros para la salud relacionados con el hábito de fumar, en nuestro trabajo no hemos encontrado esa asociación ni con la IU ni con los subtipos de IU. Probablemente esto sea debido a la pequeña muestra de mujeres fumadoras estudiadas y por tanto serían necesarios futuros estudios con mayor número de mujeres fumadoras. El porcentaje de IU entre las consumidoras de alcohol (N=17) es del 41,2% IUM, 35,3% IUE y 23,5% IUU. Entre las incontinentes sin dicho antecedente, el 56,5% corresponde a IUM, el 25,7% a IUE y el 17,8% a IUU. Estas diferencias no son estadísticamente significativas.

La relación entre la incontinencia y la ingesta de alcohol puede explicarse en parte por el efecto diurético del alcohol. La falta de asociación significativa, sin embargo es congruente en lo sucedido en estudios previos(34,36,106). Sería por tanto preciso aumentar el tamaño muestral para poder detectar la existencia de diferencias estadísticamente significativas.

No existen diferencias significativas entre las incontinentes consumidoras de alcohol y las no consumidoras por subtipos de IU, siendo la distribución mayoritaria del subtipo IUM, seguida de IUE e IUU.

No se han encontrado diferencias por subtipos de IU entre mujeres consumidoras de fármacos y las no consumidoras. En cuanto al consumo de determinados fármacos concretos existe una asociación entre el consumo de B agonistas y el subtipo de incontinencia de modo que, entre las consumidoras, el 50% son incontinentes de urgencias, mientras que sólo el 14,7% son incontinentes entre las que no los consumen.

No existen diferencias significativas de subtipos de IU detectados entre mujeres con antecedentes de enfermedad y las que no los tienen. Respecto a ciertas enfermedades concretas estudiadas y su posible asociación por subtipos de IU, únicamente el antecedente de ACV muestra diferencias estadísticamente significativas en cuanto al subtipo de IU siendo en el 60% de los casos del subtipo IUU, seguido de IUM (40%) entre mujeres con ACV, mientras que las que no presentan este antecedente refieren un 17,3% IUU, un 27% IUE y un 55,7% IUM.

Diferentes comorbilidades médicas, entre ellas depresión, diabetes y la hipertensión, han mostrado asociación significativa con IU(188,437). Por nuestra parte no hemos encontrado en ninguno de ellos esa asociación en nuestro estudio, sería necesario ampliar estudios en dichas líneas de investigación.

6.3 DISCUSIÓN CALIDAD DE VIDA E INCONTINENCIA URINARIA

Según la definición dada por la ICS(438), la IU se produce por una deficiencia de las estructuras y de la función del sistema genitourinario, que conlleva una limitación o restricción en el desempeño de las actividades(6). Por tanto, no podemos contemplar esta disfunción como si afectara únicamente a la esfera física, sino que habremos de acometer su estudio como el de una afección que abarca también las otras esferas que componen la globalidad del individuo que la padece.

El interés por el concepto y la medida de la CV en el área de la salud surge por varios motivos. Por un lado, el entendimiento de la salud como un estado de completo bienestar físico, psíquico y social, no solamente como la ausencia de enfermedad y dolencia. Por otro lado, el extraordinario desarrollo de nuevos productos farmacológicos y de tecnología sanitaria han propiciado el interés por la medida de la “calidad de vida”, cuyo propósito consiste en proporcionar una evaluación más comprensiva, integral y válida del estado de salud de un individuo o grupo(197).

Habida cuenta del impacto que el padecimiento de este problema de salud provoca en la vida de las pacientes(218,439,440), la valoración del sentir de las mujeres adquiere una especial relevancia en la toma de decisiones terapéuticas en la práctica clínica(441). Particularmente si consideramos la pobre correlación, observada por Grimby et al.(442) y por Wyman(443), entre la mejoría clínica y la percibida por las pacientes, debido a la gran versatilidad de las pacientes en considerarlo como algo molesto. Todo ello lleva a la ICS(200) a la conclusión de que el tipo, la severidad y el resultado de la evaluación clínica o urodinámica de la incontinencia, no pueden predecir el grado de malestar o la intensidad de la repercusión negativa que la incontinencia provoca en las mujeres, debido a que la valoración de estos aspectos subjetivos aporta datos diferentes de esta disfunción miccional.

Por ello, la valoración de la afectación de la CV de las pacientes tiene una especial relevancia en el abordaje de este problema de salud(276).

6.3.1. CALIDAD DE VIDA E INCONTINENCIA URINARIA SEGÚN ICIQ-SF

6.3.1.1 Discusión CV (ICIQ) e IU.

En relación con la CV, la puntuación media según el cuestionario ICIQ-SF (Rango de puntuación 0-21 puntos) fue de 9,3 (DE=4,5), que se corresponde con una influencia en la CV moderada (cuyo rango corresponde al intervalo entre 7-12 puntos).

Dicha puntuación se asemeja a la hallada en otros estudios usando mismo cuestionario y en el mismo ámbito de consultas de atención primaria, como el llevado a cabo en Sevilla con puntuación ICIQ-SF (8,8 +/- 3,3)(373), o el llevado a cabo en Mallorca(444) con puntuación total media del ICIQ de 9,2.

Las mujeres con IU de nuestra muestra (N=231), refieren una afectación global media del orden de moderada-leve. Estos resultados son concordantes con los encontrados en otros estudios, en los cuales la mayoría de las mujeres incontinentes estudiadas en Cataluña(174), Méjico(350) y Noruega(445), tenían una afectación con carácter leve o moderado.

Nuestros resultados ofrecen datos de mujeres con mayor afectación en CV (carácter moderado-leve), que los resultados de otros estudios en los cuales la mayoría de las mujeres tenían afectación en CV leve: mujeres colombianas(446), de EEUU(304) y de Alicante(165).

Sin embargo, también cabe señalar que la afectación en CV en el presente estudio es inferior a la hallada en otros trabajos, como el realizado en EEUU, en el que se indica que más de la mitad de las mujeres tenían IU moderada(352), o el desarrollado en California, en el que la tercera parte de las mujeres estudiadas tenían IU moderada(225). No obstante, el Índice de Gravedad de la Incontinencia (ISI) en este último estudio sólo tenía tres categorías: moderada, severa y muy severa, no tenía la categoría de leve.

Con respecto a la severidad de la IU (o gravedad, como la denominan algunos autores) cabe señalar que en algunos estudios se ha utilizado el ISI y en otros el ICIQ-SF, aunque los dos se correlacionan, según el estudio realizado sobre la comparación de los dos cuestionarios(447). Sin embargo, a pesar de que en el estudio mencionado se recomendaban los siguientes puntos de corte para el ICIQ-SF: leve de 1 a 5, moderada de 6 a 12, severa de 13 a 18 y muy severa de 19 a 21, algunos autores utilizan otros diferentes, como en el estudio realizado con anterioridad en Alicante(165)(448), en el que se consideró gravedad baja la puntuación inferior a 10,5; gravedad media de 10,5 a 13,5 y alta la puntuación mayor de 13,5.

Otros estudios(449) muestran puntuaciones más altas en los resultados globales del ICIQ-SF con puntuaciones entre 21 y 5 siendo una media de 15 puntos y por tanto una afectación severa en CV. En este caso, la mayor puntuación obtenida podría ser la consecuencia de ser realizado en mujeres en consultas de urología, con sintomatología mucho más severa independientemente del subtipo de incontinencia.

Al realizar el cuestionario de ICIQ-SF no hubo incontinentes con puntuación 0. Por tanto, todas ellas presentan algún grado de afectación en CV. Este cuestionario puede ser usado tanto para determinar grado de afectación en CV como para el diagnóstico de IU, de modo que la puntuación 0 excluye a las mujeres de ser incontinentes. En nuestro caso solo se usó con el fin de dilucidar el grado de afectación en CV, dado que para el diagnóstico de IU se empleó otro cuestionario cuyo uso está validado en atención primaria y que permitía (como hemos visto en este trabajo) no sólo el diagnóstico, sino también clasificar a la IU por (cuestionario de Vila et col.)(308).

De nuestra muestra de incontinentes (N=231), la distribución de mujeres según afectación en CV fue mayoritariamente moderada, siendo la referida por el 40,7% de las incontinentes, seguida de la afectación leve indicada por el 35,5% de las incontinentes, y finalmente de la

afectación severa, referida por el 23,8% de las incontinentes. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas ($P=0,01$).

Por tanto, la afectación moderada fue la afectación más referida en nuestra muestra de incontinentes. Este resultado muestra un carácter de afectación en CV superior comparado con otros estudios(444), en los cuales sólo el 25,2% correspondía a IU moderada-severa.

Respecto a la distribución de las distintas categorías de afectación en CV entre nuestra muestra de incontinentes, hemos encontrado en nuestra revisión bibliográfica diferentes estudios que también usaron el cuestionario ICIQ-SF. Algunos de ellos(366) muestran grados de afectación algo diferentes a nuestros hallazgos, de modo que el 81% (73%-88%) de las incontinencias eran de grado leve, el 12% (6%-19%) de grado moderado y sólo el 6% (2%-12%) de grado severo. No obstante en este caso nuestros resultados no son comparables, porque los resultados están dados para población tanto de hombres como de mujeres.

Otros estudios cualitativos(450) también muestran que de acuerdo con el ICIQ, el grado de afectación mayoritario es leve (79% de las mujeres puntúan afectación leve siendo el 18% puntuación moderada) en un rango de edad de 38-77 años. Probablemente esto sea debido a que la captación de mujeres se hizo en muchas ocasiones a través de redes sociales (sintiéndose en principio sanas), y no como en nuestro caso entre mujeres que acudían a su centro de salud por algún problema de salud (pudiendo sentirse en principio enfermas y por tanto con mayores puntuaciones en un test de afectación de CV).

Respecto al impacto en actividades de la vida diaria medido a través de la escala EVA (escala analógico visual puntuada de 0-10 puntos) correspondiente a uno de los apartados del cuestionario ICIQ-SF, destaca que más de la mitad de las incontinentes (el 58,2%) puntúa impacto leve (menos de 5 puntos), el 21,8% puntúa 5-6 puntos (impacto leve-moderado) y el 20% más de 6 puntos (impacto moderada-severa).

La incontinencia urinaria también puede clasificarse de acuerdo con su severidad. Este aspecto es clave puesto que la severidad influye no sólo en la afectación de la CV, sino también en la opción de tratamiento. No existe una clasificación estándar de la severidad. La forma fundamental para su evaluación consiste básicamente en la medición de dos parámetros cuantitativos, que son la frecuencia y el volumen de las pérdidas.

Los resultados globales obtenidos respecto a la severidad de IU, usando el parámetro de "frecuencia de pérdida" del ICIQ-SF, sobre la distribución de incontinentes ($N=231$), muestran que el 30,7% describe una pérdida de "1 vez por semana". Le sigue porcentualmente que el 26,8% tienen pérdidas varias veces al día. El menor porcentaje, un 7,4%, corresponde a aquéllas que refieren pérdidas urinarias continuamente. Por tanto, las

frecuencias de “pérdidas semanales” son más frecuentes en nuestra población estudiada que las “pérdidas continuadas” o de “varias veces al día”.

En cuanto a la cuantía de pérdida entre las mujeres incontinentes de nuestra muestra, son mayoritarias las incontinentes que refieren “muy poca cantidad de pérdida”, seguidas de las que refieren “moderada cantidad de pérdida” (respectivamente un 68% y un 49%). Tan solo el 9,1% refieren pérdidas de mucha cantidad. Por tanto, las mujeres de nuestra muestra refieren mayoritariamente pérdidas de “muy poca o poca cantidad”.

Si bien en nuestro trabajo ya hemos indicado que la puntuación global indica una afectación media en CV de moderada, llama la atención que las pérdidas en cuanto a frecuencia y cantidad son en términos generales poco frecuentes y de muy poca cantidad. Por tanto, contrasta esa puntuación media moderada en CV, con la que cabría esperar mirando las variables clínico sintomáticas de frecuencia y cantidad.

A la luz de estos resultados y revisando la bibliografía sobre este tema, encontramos que, cada vez más, el efecto que la IU tiene en la CV de las pacientes que la padecen es tenido en mayor consideración. Incluso, tal y como refieren ciertos estudios(451), en ocasiones dicha afectación en la CV llega a cobrar más importancia que la sintomatología clínica en sí misma, derivada de la incontinencia, a pesar de que durante mucho tiempo este grado de molestia percibida por las pacientes respecto a su CV haya sido infravalorado.

De la misma forma, numerosos investigadores han dejado constancia de su repercusión, no acorde muchas veces ni con la frecuencia ni con la cantidad de orina perdida, sino más bien con variables interpersonales de repercusión de dichos episodios incontinentes en el transcurrir de la vida diaria(6,215)(452) (208)(442,453).

Incluso hay estudios como Padmanabhan y Nitt(451) que no observan correlación entre las valoraciones objetivas y subjetivas obtenidas en las pacientes con IU. Por tanto, la impresión individual no siempre refleja concordancia con los resultados obtenidos mediante medidas objetivas que cuantifiquen las pérdidas(454).

Fijándonos ahora en las puntuaciones medias obtenidas en el ICIQ-SF según los distintos estratos etarios considerados, observamos cómo entre las mujeres más jóvenes (menos de 44 años), la puntuación media es menor: 7,77 puntos, IC 95% (6,62-8,93); en mujeres de edades medias (intervalo de 45-54 años), puntúan 9,06, IC 95% (7,61-10,52); y las del intervalo de más de 55 años tienen una puntuación media de 9,74 puntos, IC 95% (9-10,48).

Estos resultados muestran significación estadística y al realizar el test de comparaciones múltiples, se observa que dicha asociación se mantiene entre las mujeres más jóvenes y las

de mayor edad (más de 55 años), no existiendo diferencias entre los estratos de las edades media y avanzada.

Por tanto, en nuestro estudio las mujeres más jóvenes tienen puntuaciones medias más bajas, comparadas con las de edades medias o avanzadas.

Debemos destacar asimismo que entre las mujeres incontinentes de menos de 44 años (N=44), la distribución según su afectación en CV sería del 45,5% con afectación leve, seguida del 43,2% de afectación moderada, y sólo el 11,4% refieren afectación severa. Entre las mujeres de edades medias de 45 a 54 años (N=31), observamos que el 48,4% refieren afectación moderada, el 32,3% leve y el 19,4% severa. Finalmente, entre las mujeres de más de 55 años (N=156), el 38,5% refieren afectación moderada, el 33% leve y el 28,2% severa. Estas diferencias son estadísticamente significativas.

Podemos concluir que entre las mujeres más jóvenes de nuestra muestra, la afectación en CV según el cuestionario ICIQ-SF es mayoritariamente leve. A partir de edades intermedias la afectación en CV es moderada-leve principalmente. Los mayores porcentajes de severidad se encuentran entre las mujeres de más edad, seguidas de las mujeres de edad media y finalmente las jóvenes (28,2%, 19,4% y 11,4% respectivamente). Por tanto las mujeres jóvenes refieren menor afectación en su CV que las mujeres a partir de edades medias. En edades avanzadas es donde encontramos mayor porcentaje de severidad de afectación en CV.

Respecto a la severidad sintomática, medida a través del parámetro de “frecuencia de pérdida”, resultaría interesante estudiar cuál es el grado de afectación en CV según este parámetro y en definitiva poder observar el grado de congruencia entre la afectación de CV y la severidad clínica.

De este modo, entre las mujeres que refieren en frecuencia de pérdida “ninguna” (N=11), el 81,2% refieren afectación en CV leve. Lo mismo sucede entre las mujeres que refirieron pérdidas de “1 vez por semana” (N=71), entre las cuales el 78,9% refieren afectación de la CV leve. Ahora bien, a medida que las pérdidas se hacen más frecuentes, aumenta también el porcentaje de mujeres con mayores grados de afectación en CV. Así, las mujeres con pérdidas de “2-3 veces/semana” (N=42), y “1 vez al día” (N=28), refieren mayoritaria y respectivamente afectaciones en CV moderadas (69% y 64,3% respectivamente). Finalmente, aquellas mujeres con pérdidas de “varias veces al día” (N=62) o “continuamente” (N=17), refieren mayoritariamente afectación en CV severa (59,7% y 70,6% respectivamente). Estos resultados fueron estadísticamente significativos. Por tanto, a mayor severidad clínica expresada a través del grado de “frecuencia de pérdida”, también hay mayor afectación en la CV.

Hemos encontrado en nuestros resultados que hay mujeres que, si bien han sido detectadas como incontinentes según el test de detección empleado en este trabajo (test de Vila y colaboradores), han indicado en cuanto a “frecuencia de pérdida” (valorado con ICIQ-SF) que nunca tienen pérdidas. Tras revisar documentación en este sentido, encontramos un estudio cualitativo(450), que indica cómo las mujeres que niegan pérdidas de orina no dimensionan la IU como una enfermedad. De hecho, no perciben la gravedad de su problema de salud, al ser estas pérdidas mayoritariamente esporádicas y poco abundantes. Esta baja percepción de la IU como enfermedad es uno de los motivos de que la IU se mantenga, aún a día de hoy, como una patología oculta. Muestra de esta falta de percepción son los datos aportados por Capelini y colaboradores(455), quienes observaron una correlación significativa elevada entre el número de escapes de orina y los resultados para todas las dimensiones de la CV, excepto para la percepción del estado de salud general.

Respecto a la severidad medida a través del parámetro de “cuantía de pérdida” y su relación con el grado de afectación en CV, podemos decir, a la luz de nuestros resultados, que entre las mujeres con “muy poca pérdida” (N=157), o “poca cantidad” (N=4), la afectación en su CV es leve. Aquéllas que refieren “moderada cantidad de pérdida” (N=49), tienen mayoritariamente afectación en su calidad de vida moderada-severa. Finalmente, aquellas que refieren “mucho cantidad de pérdida” (N=21), refieren el 95,2% de afectación en CV severa. Estos resultados son estadísticamente significativos.

Podemos concluir por tanto que, en nuestro estudio, el grado de afectación en CV es mayor a medida que la severidad, expresada a través del parámetro “cantidad de pérdida”, es mayor. Resultados similares fueron encontrados por Robinson et al.(452) quienes obtuvieron que el parámetro volumen de orina que perdían las pacientes se correlacionaba con la CV.

Al intentar relacionar los parámetros de severidad entre sí (frecuencia de pérdida con cantidad de pérdida) obtenemos que entre las mujeres que refieren en cuanto a frecuencia de pérdida que “nunca pierden”, el 90,9% refieren que la cantidad perdida es “muy poca”. Las que refieren pérdidas de “1 vez por semana”, el 88,7% también refieren “muy poca cantidad”. Respecto a las que pierden orina “2-3 veces/semana”, el 63,3% son muy poca cantidad. Las que refieren pérdidas “1 vez al día”, el 83,3% son “muy poca cantidad”. Sólo entre las que refieren “pérdidas continuadas” la cantidad de pérdida es “mucho” en el 41,2% de los casos y “muy poca”, en el 35,3%. Estas diferencias son estadísticamente significativas. Así, podemos concluir que en nuestra muestra, a excepción de mujeres con pérdidas continuadas, que refieren mayoritariamente mucho cantidad de pérdida, el resto de pacientes refieren “muy poca cantidad de pérdida” independientemente de la frecuencia.

Podríamos pensar que este hecho podría influir en la infra-declaración de esta patología, tal y como muestran determinados estudios. De hecho existe un estudio cualitativo(450) que

muestra cómo las mujeres infravaloran la sintomatología de la IU porque las pérdidas de orina no les afectan ni incomodan en exceso en su cotidianidad. Asumen dichas pérdidas y se resignan a vivir con ellas. Entre las mujeres del estudio, resalta el hecho de que a pesar de reconocer sus pérdidas de orina, como éstas no son continuas, ni frecuentes, ni abundantes, minimizan la situación e incluso pueden llegar a negarlas. Esta baja percepción de la gravedad del problema de salud, por infravalorar su sintomatología al no afectarles en exceso, ya se había puesto de manifiesto en investigaciones anteriores. Así Papanicolau y cols. determinaron una correlación estadísticamente significativa entre el aumento de severidad de los síntomas de la IU y la molestia que causaba(440). Hagglund y Wadensten, junto a Hagglund y Ahlstrom, señalaban que la gravedad percibida por las mujeres con IU tenía relación con la frecuencia y cantidad de orina que pierden (250,251).

Ciertos estudios(260) también indican que las mujeres no valoran con frecuencia los síntomas cuando la incomodidad causada por la IU es poca, destacando en sus resultados que el 32% de las mujeres con IU desconocían el tiempo transcurrido desde que habían presentado por primera vez pérdidas de orina y concluían que ello podía ser considerado como signo de infravaloración de la IU como enfermedad. Otros autores como Bradway y Barg, así como Komorowski y Chen(258,259), hacen referencia a la percepción de que las mujeres no comprenden ni dimensionan la IU como enfermedad, y más recientemente Visser(456) junto a otros autores remarcaban que el 73,4% de las mujeres con IU de su muestra consideraban que los síntomas no eran suficientemente graves, con lo que tampoco la percibían como una enfermedad.

Por tanto, parece que la severidad y la calidad de vida se relacionan en nuestro estudio, de modo tal que a mayor severidad (mayores frecuencias o cuantías), mayor es la afectación en CV. Por su parte, las pequeñas pérdidas en cantidad o en frecuencia, pueden no influir suficientemente en la CV y, por tanto, la mujer puede no considerarlas patológicas. En definitiva este hecho puede contribuir a la infradeclaración y al retraso en la puesta en práctica de medidas terapéuticas.

Entre las razones por las cuales se da esta falta de conciencia de IU como patología, sobre todo ante cantidades o frecuencias bajas de pérdida, la OMS indicaba en su informe publicado en el año 2007 que la falta de concienciación de las mujeres de determinados problemas de salud se debía a que los consideraban como algo normal o natural de sus características biológicas(457). Estudios posteriores confirman estas razones entre mujeres con IU así trabajos como el realizado por Anderson y colaboradores señalaron que las mujeres con pérdidas de orina aceptaban y se adaptaban a esta situación al haber aprendido a vivir con ella(254). Mellville y colaboradores indicaron que las mujeres creían que la causa de su IU era por el simple hecho de ser madres, pues lo relacionaban con los partos, y que

era algo implícito al problema de envejecimiento(253). Basu y colaboradores(255) señalaron que la IU en la mujer se incorpora culturalmente como un aspecto relacionado con la representación social de ésta y con el envejecimiento y Peters, Horrocks y colaboradores, así como Visser, evidenciaron que un porcentaje importante de mujeres con IU, el 55% y el 46,9% en sus respectivos estudios, consideraban sus pérdidas de orina como una parte normal del envejecimiento, como una secuela propia del mismo(257,456).

Respecto a otros parámetros medidos con el cuestionario ICIQ-SF destacamos que más de la mitad de nuestras incontinentes tienen pérdidas al realizar esfuerzos, el 30% refiere pérdidas al dormir y casi la mitad de nuestras incontinentes (46,3%) tiene pérdidas antes de llegar al servicio.

6.3.1.2. Discusión CV (ICIQ-SF) por subtipos IU.

Respecto a la puntuación obtenida en las mujeres detectadas con diferentes subtipos de incontinencia tras la realización del cuestionario ICIQ-SF, se pone de manifiesto que la puntuación media de afectación es similar entre las mujeres con IUE, siendo de 8 puntos (IC 95%, 6,98-9,02) y las mujeres con IUU: 8,64 puntos (IC 95%, 7,33-9,96). Sin embargo, la puntuación media es superior en las mujeres que fueron detectadas con IUM, siendo de 10,09 (IC 95%, 9,28-10,90). Al realizar comparaciones múltiples, dichas diferencias son estadísticamente significativas entre IUU e IUE respecto a IUM.

Categorizado el grado de afectación de CV en leve, moderada o severa, según subtipos de incontinencia, podemos concluir que entre las mujeres detectadas como IUE (N=61) o IUU (N=42), la afectación de CV es en más del 80% del orden de leve-moderada (87% de las mujeres con IUE refieren afectación leve moderada y el 80% de las mujeres con IUU). Dicho hecho cambia entre las mujeres con IUM (N=128), entre las cuales la afectación en CV es mayoritariamente moderada-severa (70%). Estas diferencias son estadísticamente significativas. Estas distribuciones de mayores puntuaciones en IUM seguida de IUU y de IUE son similares a los ya indicados por otros estudios que usan el mismo test para esta valoración(247). El hecho de que entre las mujeres con IUM se den las puntuaciones en el ICIQ-SF más altas se confirma en otros estudios, sobre todo cuando en la IUM predomina el componente de urgencia frente al de esfuerzo(444).

En cuanto a afectación en CV severa, el 13% entre las mujeres con IUE refieren afectación severa, el 19% entre las mujeres con IUU, y el 30,5% entre las que refieren IUM. Estos resultados se aproximan a los del estudio noruego EPICONT(15) que evaluó la severidad de incontinencia con cuestionarios validados (symptom index) en relación a frecuencia y cantidad de pérdida de orina. La prevalencia de incontinencia severa en este estudio fue de 38%, 28% y 17% para IUM, IUU e IUE respectivamente.

Esto probablemente esté justificado por la edad poblacional que presenta cada tipo de IU, ya que la IUU suele estar presente en personas de edad avanzada (de más de 75 años) cuya consideración del deterioro propio de la edad provoca un proceso de aceptación-normalización de todos los deterioros que puede provocar su IU en su CV y por ello las puntuaciones de afectación leve-moderada. Por su parte, la IUE suele estar presente entre población más joven y probablemente las pérdidas en este grupo poblacional sean poco frecuentes y de escasa cuantía, motivo por el que no suele influir tanto en su CV.

Entre las mujeres con IUM se unen las afectaciones en CV que son el resultado de su componente de urgencia y de su componente de esfuerzo y por esto es congruente que la mayor afectación en la CV se encuentre entre las mujeres que padecen este tipo de IUM.

Otros estudios difieren de nuestros resultados y muestran afectación en CV más severa en el subtipo IUU, probablemente por ser un estudio realizado en consultas de urología(449) en donde las mujeres suelen tener y manifestar grados más severos de incontinencia. En este ámbito se observaron puntuaciones elevadas en el caso de IUU (resultados ICIQ-SF 15,2 IC95% = (21-7), y más bajas para subtipos de IUE (resultados ICIQ-SF 14,3 de media IC95% = (21-5) e IUM (resultados ICIQ-SF 14,3 de media IC95% = (20-7).

Fijándonos en cómo se distribuyen nuestras mujeres incontinentes en los distintos subtipos de IU según la frecuencia de pérdida, observamos que entre las IUE y las IUU son las pérdidas de "1 vez a la semana" las más frecuentes mientras que, entre las IUM, la pérdida "varias veces al día" es la más frecuente. Podemos observar respecto a las frecuencias de pérdidas cómo, a medida que entre las mujeres incontinentes las pérdidas se hacen más frecuentes, el subtipo de IUM aumenta llegando a representar casi el 90% entre las mujeres con pérdidas continuas mientras que, cuando las pérdidas urinarias son de menor frecuencia ("1 vez semanal"), las mujeres incontinentes presentan mayoritariamente los subtipos IUE e IUU (39,4 y 23,9% respectivamente), siendo minoritario el subtipo IUM (36,3%) mostrando estas diferencias significación estadística.

Concluimos pues que las mujeres con pérdidas más infrecuentes suelen tener mayores porcentajes de IUE y de IUU si las comparamos con las mujeres con pérdidas más frecuentes, entre las cuales la IUM es la incontinencia más frecuente.

Cualquiera que sea la cantidad perdida entre las mujeres incontinentes de nuestra muestra, el subtipo IUM es el más frecuente. Destaca que a medida que observamos cuantías de pérdida mayores, el porcentaje de mujeres con IUE disminuye, de modo que entre las mujeres con mucha cantidad de pérdida solo el 9,5% corresponden a IUE. Fijándonos ahora en la IUU, vemos que si bien los porcentajes se mantienen en torno a un 17-20% según la cantidad de pérdida destaca, no obstante, que los mayores porcentajes (28,2%) se obtienen

entre las mujeres que refieren poca cantidad. Respecto a las mujeres con moderada o mucha cantidad el subtipo más frecuente es la IUM (en torno al 70%).

Por tanto, entre las mujeres con menores cantidades de pérdida (“muy poca cantidad”), el subtipo más frecuente es IUM seguido del subtipo IUE. Las mujeres con IUM tienen una media de edad más elevada (61 años) comparada con la edad media del resto de subtipos: IUU (57,2 años) e IUE (50,8 años). Por tanto parece congruente pensar que las mujeres con menor cuantía (“muy poca cantidad de pérdida”) sean más jóvenes y en ellas el subtipo más frecuente es IUE. Por otro lado, también tendría sentido pensar que la IUM es la más representada entre las mujeres con menores cuantías de pérdida cuando el componente mayoritario de su IUM es el componente de esfuerzo, el cual habitualmente se relaciona con menor cuantía de pérdida. La IUU es la menos frecuente entre mujeres que refieren “muy poca cantidad de pérdida”, y su representatividad va en aumento a medida que aumenta la cantidad de pérdida.

Entre las mujeres con “poca cuantía”, la representación mayoritaria es de mujeres con IUU e IUM. Este hecho justificaría las puntuaciones medias globales de moderada y no de severa. Es bien sabido que la IUU puntúa habitualmente más alto en afectación de CV que la variante de IUE, lo cual suele estar relacionado con que entre las IUU la cuantía de pérdida suele ser mayor. Ahora bien, cuando la cuantía de pérdida es poca, como en este caso, aunque sea IUU, la puntuación media será de moderada.

Finalmente entre las mujeres con “muchas cuantías de pérdida”, la representación por subtipos mayoritaria es IUM (cerca del 70%) e IUU. En estos casos es congruente la afectación en CV del orden de severa, dado que al subtipo le acompaña mucha cuantía de pérdida y por tanto su afectación es severa. Por tanto, existe relación entre la cantidad de pérdida y el subtipo de IU más frecuentemente representado.

Estos datos son congruentes con lo conocido respecto a la afectación en CV según subtipo de IU. De acuerdo a estudios publicados(453), parece que el impacto en la CVRS sería mayor en el caso de la IUU que en el de la IUE.

Estudios más recientes, como el de Arañó (224), concluyen que la afectación de la CVRS por la presencia del síntoma de IUU es valorado por las pacientes como mayor que por el síntoma de IUE, estando ambos síntomas asociados a mayores puntuaciones en el KHQ (peor CVRS) cuanto mayor sea el grado de afectación.

En conclusión, los resultados presentados confirman el considerable deterioro que la IUM produce en la calidad de vida relacionada con la salud de la mujer que la padece, estando este impacto asociado en las mujeres con IUM, en más del doble de intensidad, a la

presencia de síntomas de IUU que de IUE. Resolver o aliviar los síntomas de IUU en este grupo de mujeres, permitiría lograr una mejoría sustancial en su CV.

La valoración subjetiva de la influencia de IU en las actividades de la vida diaria, mediante escala analógico visual (ítem que forma parte del ICIQ-SF) muestra de media una puntuación menor o igual a 5 puntos (en una escala de 1-10), lo que se correspondería con una leve influencia en las actividades de la vida diaria. Por subtipos, la puntuación media en subtipos de IUE y de IUU es de categoría leve (puntuación media de 3 puntos), al igual que es categoría leve la media de puntos que corresponde a IUM (puntuación media de 4 puntos). Ahora bien, el 75% de las mujeres puntuaron menor o igual a 6,75 puntos en el caso de IUM, 5,25 puntos en el caso de IUU y 5 puntos en el caso de IUE. La influencia en actividades de vida diaria es mayor en IUM con respecto a IUE e IUU.

Analizando por subtipos de incontinencia en distintas situaciones valoradas por el ICIQ-SF (situaciones que afectan a la cualidad de pérdida y no a la cantidad) que podrían influir en la vida de las mujeres observamos que, si bien el subtipo de IUM predomina en todas las variables de cualidad de pérdida analizadas con el cuestionario ICIQ-SF, debemos no obstante destacar que entre las mujeres que tienen pérdidas antes de llegar al servicio (N=107) también son frecuentes el subtipo de IUU 28,9% (siendo IUM 65,1%). Lo mismo sucede entre las que presentan pérdidas con el esfuerzo físico (N=121) entre las cuales el mayor porcentaje corresponde a IUM (71,8%) seguido por IUE 34,7% (mostrando significación estadística), mientras que entre las que presentan pérdidas al toser (N=170), el subtipo de IU más frecuente después de IUM (65,1%) es la IUE (30,8%), siendo también diferencias estadísticamente significativas. Por tanto, existen diferencias situacionales que pueden influir en el subtipo más frecuentemente indicado entre las mujeres incontinentes.

6.3.2 CALIDAD DE VIDA E INCONTINENCIA URINARIA SEGÚN EL CUESTIONARIO IIQ

6.3.2.1. Discusión CV (IIQ) e IU.

La puntuación media (DE) según el cuestionario Incontinence Impact Questionnaire (IIQ) fue de 18,69 (19,47) puntos con un IC 95% (16,16-21,22). Considerando el rango de 0 puntos como mejor CV a 100 puntos como peor CV, concluimos que en nuestro trabajo, la afectación media en CV es leve (rango de puntuación obtenida entre 1-29 puntos).

Estudios que emplearon cuestionario IIQ como el llevado a cabo en el área de salud de Orense por Modroño(162), observaron una puntuación media en relación con la CV que, si bien sería congruente con nuestro estudio en cuanto a categoría de afectación leve, no obstante la puntuación fue sensiblemente inferior a la nuestra, siendo de 12,7 puntos (IC del 95%, 9,06-16,4). La explicación podría deberse, por un lado, a que la obtención de datos fue llevada a cabo por envío postal, y por otro, a que la edad media de las mujeres de este

estudio fue inferior al de nuestra muestra (50 años vs 57 años). Esto justificaría que al haber más mujeres de edad inferior, la afectación en CV sea puntuada como menor a la nuestra.

De manera general observamos que entre las incontinentes que respondieron al IIQ-SF (N=230), un 73,9% (N=170) refieren algún grado de afectación en su CV, y que el 26,1% (N=60) refieren nula afectación en CV a pesar de haber sido detectadas como incontinentes.

Estos datos se aproximan a los evidenciados en otros estudios(366) con datos de afectación en CV del 60% (usando el ICIQ-SF y el Kings Health Questionnaire metodología similar en dos centros de salud urbanos). De nuevo observamos, al usar el cuestionario IIQ, que pueden darse casos de mujeres detectadas como incontinentes, que quizá nunca lo hayan declarado debido a la baja influencia en su CV (un 26,1% de las mujeres detectadas previamente como incontinentes declaran nula afectación en CV). Semejantes resultados respecto a esta misma cuestión obtuvo también Modroño(162), en cuyo estudio en el 20% de los casos la afectación fue nula.

La distribución de mujeres incontinentes que respondieron al IIQ-SF (N=230), según el grado de afectación en CV que se obtuvo en el presente estudio fue el siguiente: un 26,1% consideraron que la afectación en su CV fue nula, el 50% de las incontinentes puntuaron afectación en CV leve (intervalo de puntuación de 1-29 puntos), el 19,6% puntuaron afectación en su CV moderado (intervalo de 30-59) y un 4,3% de las incontinentes puntuaron afectación en CV severo (intervalo de 60-100 puntos). Estos valores se encuentran en el límite de la significación estadística ($p=0,067$). Entre las distintas categorías de afectación leve, moderada o severa, no existen diferencias con respecto a la edad de las mujeres.

En el presente estudio, la IU tuvo un impacto bajo para las mujeres adultas, según la versión breve del cuestionario Incontinence Impact Questionnaire (IIQ-7), lo que coincide con otros estudios en los que se utilizó el mismo cuestionario. Así Modroño(162), observa que los porcentajes de afección son del 20% para la nula, como también se mostró en otros estudios(458). Los resultados de Modroño también muestran porcentajes de afectación en CV leve del 67,7% y para moderada del 10,8%, resultados similares también a los de otros estudios(175), y de afectación severa en CV del 1,5%, al igual que lo muestran otros estudios(17).

Hemos encontrado estudios que muestran un impacto más elevado también medido con el cuestionario IIQ. Así se muestra en un estudio realizado en California(225) y en otro de Hong Kong(459), aunque las mujeres estudiadas en este último eran las que acudían a una clínica uroginecológica, lo que hace explicaría que la severidad de su IU sea percibida como mayor.

Al observar las puntuaciones medias obtenidas en el cuestionario IIQ según distintos intervalos de edad, podemos apreciar que las medias de puntuación fueron en mujeres

menores de 44 años de 20,99 puntos (IC 95% 15,27-26,71), en edades medias (45-54 años) de 19,50 puntos (IC 95% 12,64-26,3) y edades avanzadas (desde 55 años) de 17,88 puntos (IC 95% 14,72-21,03). Estos resultados no muestran significación estadística y por tanto no existe relación entre la edad (mujeres más mayores o más jóvenes) y la puntuación en CV según el IIQ.

Tampoco existen diferencias al estudiar cómo se distribuyen las mujeres de diferentes intervalos de edad en cuanto al grado de afectación de CV del IIQ siendo en cualquier caso la categoría de afectación leve la más referida. Así al observar los resultados categorizados, entre menores de 44 años es la afectación en CV en categoría de leve la más referida. Entre las mujeres de 45-54 años las categorías leve y nula son las más habituales y no existe afectación de categoría severa. Por su parte, en cuanto a severidad, los mayores porcentajes de afectación severa se obtienen en mujeres jóvenes (4,5% refieren afectación severa) y en mujeres mayores de 55 años (5,5% refieren afectación severa). Estos resultados, si bien no son significativos, son concordantes a los datos obtenidos por otros autores como Modroño(162) que también sugiere mayor impacto en CV a medida que la edad es más baja y así lo muestra al determinar la edad media para la afección nula o leve fue de 50,1 años (IC del 95%, 47,7- 52,6) y de 44,6 años (IC del 95%, 28,9-60,2) para la afectación CV moderada/severa, y que tampoco mostraron significación estadística. De esta forma y pesar de no ser significativos las diferencias de afectación en CV según edad medidas con IIQ, probablemente por la dispersión y el escaso número de casos, no obstante se podría sugerir una tendencia de mayor impacto en la CV a medida que la edad es más baja siendo necesarios más estudios que así lo confirmen.

Sería necesaria la realización de más estudios sobre el grado de afectación en la CV según la edad usando como instrumento el IIQ. Su interés en este punto vendría dado por el hecho de que el IIQ es un cuestionario que tiene en cuenta diferentes esferas de la vida de la mujer, valora de una forma más cualitativa la afectación en CV, no considera los síntomas como tales, ni los cuantifica, ahora bien valora afectación en esferas físicas, sociales, de viajes y emocionales. Por ello sería de gran interés conocer si la edad finalmente puede influir en la percepción y vivencia en cada una de estas esferas.

A pesar de que el IIQ no incluye parámetros cuantitativos de frecuencia ni cuantía, nos pareció interesante estudiar y relacionar esos parámetros cuantitativos, con la puntuación total obtenida en este cuestionario cualitativo. Por ello, respecto a cómo se distribuyen las incontinentes en cuanto a la afectación en CV, según la frecuencia de pérdida, observamos que mientras las pérdidas son más ocasionales, la afectación en CV según el IIQ es de un carácter nulo o leve. Vemos por su parte, que la consideración de afectación severa aparece con pérdidas de mayor continuidad, mostrando estos resultados significación estadística. Así

también lo muestran estudios(460) que muestran que las puntuaciones mayores medidas en la escala de impacto de la incontinencia urinaria se asociaron de forma estadísticamente significativa a la presencia de mayor número de escapes de orina en la última semana.

Del mismo modo, la afectación severa es más habitualmente referida cuanto mayor es la cuantía de pérdida. Así observamos que entre las mujeres que refieren mucha cantidad de pérdida, el 25% refieren afectación severa. No obstante, destacaremos que respecto a las que refieren mucha cantidad de pérdida, un 15% referirá afectación nula, un 25% de leve y un 35% moderada. Entre las mujeres con muy poca, poca o moderada cantidad de pérdida, más de la mitad de las mujeres en cada una de ellas referirá afectación leve en su calidad de vida (51,6% entre las que refieren muy poca cantidad, 75% de las que refieren poca cantidad, 53,1% de las que refieren moderada cantidad). Estos resultados son estadísticamente significativos.

Por tanto, respecto a la cantidad de pérdida vemos que las mujeres que refieren mayores cantidades de pérdida son las que observan mayores porcentajes de afectación en CV. Ahora bien, las que refieren cantidades más pequeñas de pérdida (muy poca, poca o moderada) refieren más frecuentemente afectaciones leves o moderadas y muy pocas severas.

De nuevo se observa una relación entre las mayores frecuencias de pérdida y las mayores cuantías, con las referencias de mayor afectación en CV, con respecto a las mujeres con menores frecuencias y cuantías de pérdida, que suelen referir de manera mayoritaria menor afectación en su calidad de vida. Se ha conseguido por tanto establecer una relación entre conceptos y parámetros de cuantificación a través de un test de valoración cualitativa como es el IIQ.

Las puntuaciones medias obtenidas por subescalas en IIQ (cada subescala es puntuada de 0 a 3 puntos) muestran que las mayores puntuaciones se dan en las escalas de “actividad física”, con puntuaciones media (DE) de 0,79 (0,89), en la escala de “capacidad para viajes”, con puntuación 0,66 (0,915), en la escala de actividades sociales, con puntuaciones de 0,63 (0,841) y en la de estado de ánimo bajo con puntuación de 0,61 (0,893).

Siendo las puntuaciones menores las obtenidas en la esfera de “capacidad para tareas domésticas” con puntuación media 0,33 (DE 0,630), en la esfera de “sentirse desgraciada” 0,35 (0,730) y en la esfera de actividades recreativas 0,56 (0,822).

Con respecto a las puntuaciones en CV según esferas de afectación, en el estudio de Modroño(162) la puntuación moderada o severa es mayor para el área emocional y menor para las actividades de la vida diaria. Según los autores esto justificaría, en parte, la baja tasa de consulta de IU. En nuestro caso sí que existe una mayor afectación en la escala de actividades de vida diaria, específicamente, en la escala de actividad física y también en la

esfera de viajes y social y, aunque emocionalmente la subescala de ánimo depresivo es la cuarta escala más referida, se aleja de los primeros puestos de afectación en nuestro estudio. Quizá esta mayor afectación de esferas vitales que tienen que ver con actividades físicas, viajes y relación social, son las que finalmente marcan la diferencia de puntuación en nuestro estudio con puntuación media global más alta respecto a otros como el de Modroño(162).

Nuestros resultados de afectación en CV según esferas de la vida, son concordantes con los aportados por un estudio sobre CV en mujeres con IU de Córcoles y colaboradores(460). Realizado mediante Kings Health Questionnaire, mostró que el impacto de IU alcanzó una puntuación media de 82,96 (equivalente a afectación moderada), determinando que las mujeres de su muestra tenían afectada su CV sobre todo en dos aspectos: la limitación de la actividad física frente a cualquier actividad y las implicaciones sobre su imagen corporal al tener que usar compresas y preocuparles la cuestión del olor. Otro estudio realizado en 2005 en pacientes con IU comprendidas entre 65 y 74 años utilizando el mismo cuestionario, observó resultados similares respecto a las alteraciones en la CV(461).

Otros estudios mostraron una mayor afectación en subescalas de relación social y emocional. Entre ellos el llevado a cabo en EE UU en el año 2004(462), en el que fueron estudiadas 919 pacientes con vejiga hiperactiva de 54 años de edad media, comprobándose que la IU estaba relacionada negativamente con la CV. Se les aplicó el cuestionario SF-36, observando que los parámetros que más se alteraban eran la limitación social, las emociones y la salud mental.

De esta forma se evidencia cómo la afectación en distintas esferas hace que la mujer pueda convertirse en vulnerable, tal como indican estudios de Hagglund y Wadensten (de la misma forma, Hagglund y Ahlstrom del(250,251)). También Franzén(463) encontró una asociación estadísticamente significativa entre IU y los sentimientos de humillación ($OR=1,29$ IC 95%: 1,12-1,50) concluyendo que las pérdidas de orina entre las mujeres las hacen sentir vulnerables. En este mismo sentido, Lopes(464) al igual que Miralles(465), al estudiar mujeres con IU, éstas habían puesto de manifiesto que lo perciben como un problema personal y social limitante que les genera sentimientos de baja autoestima.

Una revisión sistemática de Higa(245) indica que el grado de ansiedad vivido por las mujeres con IU, está también relacionado con la respuesta que cada una de ellas da frente a las pérdidas y cómo las perciben, y estas reacciones pueden destruir la confianza y el respeto o autoestima que la mujer tiene de sí misma(245). En relación a esto, un estudio cualitativo(450) indica que las pérdidas de orina afectan a la autoestima de la mujer cuando éstas son sustanciales, pues entonces la mujer ya no puede evitar la adopción de medidas,

entre otras, el uso de absorbentes específicos para la IU, apareciendo en ellas la sensación de miedo a que se les note el problema.

Sabiendo que la puntuación mayoritaria en todas las escalas correspondía a un grado de afectación leve, nos interesaría saber en cualquier caso cuáles de ellas puntuaron con mayor severidad. Por ello hicimos un análisis de cada una de las esferas para saber cuánto puntuaban en impacto nulo-leve y en impacto moderado-severo. Al analizar las siete esferas, resultaban afectadas con un impacto en CV de grado moderado/severo de entre nuestras 230 mujeres incontinentes, el 24% para las actividades físicas, el 20,9% en capacidad para viajes, el 19,1% en estado de ánimo, el 17,4% en actividades sociales, el 13,5% en actividades recreativas, 9,1% sentimiento desgraciado, el 7,6% en actividades domésticas. Ahora bien, no existen diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres que en cada una de las escalas puntuaron impacto ausente/leve y las que puntuaron impacto moderado/severo.

Estos resultados se asemejan a los observados en otros estudios Modroño(162), que agrupan en 4 subescalas el impacto en CV grado moderado severo, siendo el mayor porcentaje, 15,6%, las que refieren impacto emocional, seguido de relaciones sociales el 9,4%, de desplazamientos el 9,2% y de actividades en vida diaria el 7,7%. La afección moderada-severa es mayor en el área emocional y menor para las actividades de la vida diaria. Esto último puede ser uno de los motivos de la baja tasa de consulta por IU.

Estudiadas las puntuaciones medias en cada uno de los distintos grupos de edad analizados, se observó que, en líneas generales, las puntuaciones más bajas se dieron en las mujeres más mayores de nuestro estudio (edad superior a 55 años) a excepción de las esferas de sentirse desgraciado y de la esfera de actividad física, entre las cuales las mujeres más mayores de nuestro estudio (mayores de 55 años) puntúan más alto, comparadas con las puntuaciones medias en estas esferas de las mujeres con otras edades. Sin embargo las diferencias observadas en la afectación de cada escala en concreto de afectación en CV según los intervalos de edad estudiados no son estadísticamente significativos. En nuestro caso por tanto no se encuentra una asociación entre la edad y la puntuación por esferas en CV.

Este dato es discordante respecto a lo hallado relativo a este hecho en la bibliografía revisada. Un estudio(460) que mide la puntuación media por escalas de afectación muestra que, aunque no se encontró relación significativa en cuanto a las puntuaciones medias de cada una de las escalas con los distintos grupos de edad analizados, sí que se comprobó que en líneas generales las puntuaciones más bajas (mejor calidad de vida) se obtuvieron en los grupos de edad más jóvenes. En este estudio se puede comprobar cómo existe una tendencia a puntuaciones medias más altas (peor calidad de vida) según aumenta la edad de

los pacientes. Esta circunstancia es común en cada una de las escalas del cuestionario KHQ, que es el cuestionario de calidad de vida que se empleó en este estudio.

Analizada la afectación en CV entre las incontinentes con diferentes cuantías de pérdida y analizando esto en cada una de las subescalas IIQ encontramos que, respecto a la escala de capacidades para las tareas domésticas, de manera general, más del 60% de las mujeres puntúan afectación en CV nula independientemente de la cantidad de pérdida. En la escala de actividades físicas observamos cómo las mujeres con poca cantidad de pérdida refieren una afectación nula o leve en su CV, si bien las que tienen pérdidas de moderada cantidad tienen una afectación en CV leve-moderada, y las que refieren mucha cantidad de pérdida tienen nula o moderada afectación en CV. En actividades recreativas, entre las mujeres con pérdidas de poca o muy poca cantidad, la afectación en CV es nula o leve, mientras que en las cantidades de pérdida moderada, la mayoría otorga puntuaciones nula o moderada en CV. También en las mujeres con mucha cantidad de pérdida la afectación es o bien nula o moderada. Este mismo hecho también sucede en las esferas de “capacidad para viajes”, “actividades sociales” y “depresión”.

Respecto a la esfera de “sentirse desgraciado”, entre las mujeres con pocas o moderadas cantidades de pérdida, la afectación es nula o leve. Entre las mujeres con mucha cantidad de pérdida, el grado de afectación es nulo o moderado mayoritariamente.

Por tanto, podemos concluir que de manera general, en la mayoría de las esferas analizadas, las cuantías de pérdida leves se relacionan con afectación en CV nula o leve, mientras que cuantías de pérdida mayores se relacionan con afectaciones en CV o bien nula o bien moderada, de manera mayoritaria.

Entre las mujeres que refieren afectación severa en su CV observamos que en la esfera de tareas domésticas, el mayor porcentaje de severidad corresponde al 2% entre mujeres con pérdidas de moderada cantidad. En la escala de actividades físicas, los mayores porcentajes de severidad en CV los encontramos entre las mujeres con mucha cantidad de pérdida (15% afectación severa), moderada cantidad (4,1% de afectación severa) y muy poca cantidad (2,5% refieren afectación severa en CV). En la escala de actividades recreativas, las mujeres que puntúan afectación severa en CV en mayor porcentaje son las que tienen pérdidas moderadas (10,2%). En la escala de capacidad para viajes, son las que tienen mucha pérdida las que puntúan mayor porcentaje de severidad (25%). En las actividades sociales prácticamente el 10% de las mujeres refieren afectación severa tanto con pérdidas moderadas como con mucha cantidad. Respecto a las esferas emocionales, en la esfera “depresión” la afectación en CV severa se da entre mujeres que refieren mucha cantidad de pérdida, y finalmente en la esfera de “sentirse desgraciado” el mayor porcentaje de severidad referido es entre mujeres con mucha cantidad de pérdida (10%).

Concluimos que las esferas que muestran mayor grado de afectación en CV son las esferas de “capacidad para viajes”, “actividades físicas”, seguidas de las esferas “actividades recreativas”, “actividades sociales”, “sentirse desgraciado”, “depresión”, y en último término se encontraría la esfera de “tareas domésticas”, siendo en todas ellas la cuantía de pérdida de moderada a mucha cantidad.

Las mujeres que puntúan afectación severa en CV a pesar de que la cantidad de pérdida es muy poca corresponden en la esfera de actividades físicas al 20%, en la esfera capacidad para viajes al 1,9%, en esferas de estado de ánimo depresivo al 1,3% y sentirse desgraciado 1,5%. En las esferas de tareas domésticas y actividades sociales, ninguna mujer que tenga muy poca cantidad de pérdida puntuará severamente en test de calidad de vida.

Concluimos por tanto, que hay un cierto porcentaje de mujeres, que aun teniendo muy poca cantidad de pérdida, sí que indicaron grados de afectación severa en su CV. Esto ocurre con más frecuencia en esferas de actividades físicas y capacidad para viajes.

Respecto a la distribución de incontinentes según afectación en CV entre las posibles categorías de frecuencia de pérdida, fijándonos en cada esfera de IIQ, observamos cómo de manera general en todas las esferas, a medida que aumenta la frecuencia de pérdida aumenta el porcentaje de mujeres que refieren severidad de afectación en su CV. Así en cualquiera de las esferas analizadas el grado de afectación nulo o leve predomina con frecuencia de pérdida semanales, mientras que a medida que las pérdidas se hacen más diarias o continuas, aumenta el porcentaje de mujeres que refieren afectación moderada o severa.

Esta asociación entre la frecuencia de pérdidas y la afectación en las distintas escalas de CV se ha evidenciado en otros trabajos(460), en los que las puntuaciones en todas las escalas del KHQ (actividades vida diaria, escala de actividades físicas, actividad social, relaciones personales, emociones y sueño/energía) presentaron correlaciones positivas en intensidad variable entre débil y moderadas con el número de episodios de escapes urinario. Se observa que las pacientes refieren peor CV cuanto mayor es el número de escapes, lo cual les obliga a cambiarse de compresa con más frecuencia y les limita su actividad social. Adicionalmente, relacionado con la frecuencia de pérdidas, cuantas más veces se tienen que levantar por la noche a orinar peor duermen y se resiente la dimensión sueño/energía. Por el contrario, cuanto más espaciadas están las micciones mejor descansan y, por tanto, mejor puntúan la dimensión sueño/energía. El número de escapes urinarios durante la última semana y el número de compresas necesarias se correlacionó positivamente y en intensidad variable entre débil y moderada con todas las escalas de cuestionario. Tuvieron mayor puntuación las escalas de limitación de actividad social, relaciones personales y sueño/energía en función de la frecuencia miccional nocturna, donde se encuentra el

porcentaje más alto de afectación severa (11,5%). En la esfera de capacidad para hacer viajes los máximos porcentajes de mujeres que refieren afectación severa se observan entre las que pierden varias veces al día o continuamente 11,5 y 11,8% respectivamente. En la esfera de actividades sociales son las mujeres con pérdidas continuadas las que refieren mayor afectación en CV (11,8%). Finalmente en la esfera de “sentirse desgraciado” el porcentaje de mujeres con severidad de afectación es del 11,8% entre las que refieren pérdidas continuas.

6.3.2.2 Discusión CV (IIQ) por subtipos IU.

Respecto a la puntuación media obtenida en CV usando el cuestionario IIQ según subtipo de incontinencia, se pone de manifiesto que la puntuación media entre las mujeres con IUE fue de 17,68 puntos de media (IC 95% 11,25-24,12), entre mujeres con IUU fue de 15,22 puntos de media (IC95% 11,16-19,27) y la puntuación media de mujeres con IUM fue de 20,69 puntos (IC 95% 17,09-24,03). Estos resultados no muestran diferencias estadísticamente significativas. A pesar de ello nuestros resultados muestran semejanzas con respecto a otros estudios que analizan estas diferencias según subtipos de incontinencia urinaria usando este mismo cuestionario (162). En relación con los distintos tipos de IU se observa que la media es de 9 puntos (IC del 95%, 3,7-14) para la IU de esfuerzo, de 17,7 puntos de media (IC del 95%, 11,6-23,7) para la IU mixta y de 4,8 puntos (IC del 95%, 2,1-7,6) para la IU de urgencia.

Observamos que en ambos trabajos la IUM es la que más puntúa. Ahora bien, mientras que en nuestros resultados le siguen en cuanto a puntuación la IUU y finalmente IUE con cifras de puntuación media muy similares, en el estudio realizado por Modroño(162) a la IUM le sigue en cuanto a puntuación la IUE y finalmente y mucho más distanciada, la IUU con puntuación mucho menor que la referida en nuestro estudio.

Nuestros resultados no muestran significación estadística respecto a los subtipos de IU y el diferente grado de afectación en CV. En la literatura hay mayor evidencia a favor de que la IUU afecte más a la CV que la IUE. De esta forma y de acuerdo a estudios publicados, parece que el impacto en la CVRS sería mayor en el caso de la IUU que en el de la IUE(453). Los síntomas de urgencia afectan especialmente a la movilidad, y por ello la IUU se asocia a sentimientos de malestar (208) y preocupación, aunque en todo caso, ambos tipos de IU reducen la CVRS(208).

Sin embargo también hemos encontrado estudios como el realizado en Noruega que analizó la calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria utilizando el cuestionario “*Sickness Impact Profile*” (Perfil del Impacto de la Enfermedad) a dos grupos. Uno de los grupos era de 36 mujeres entre 40 y 60 años y el otro grupo de 40 mujeres de 70 o más años. Se hicieron dos grupos atendiendo a si padecían incontinencia de esfuerzo o incontinencia de urgencia.

Se constató que la CV se alteraba notablemente en distintas facetas como son: sueño/energía, comportamiento emocional, movilidad, actividades sociales, etc. También se apreció que la calidad de vida se alteraba más en el grupo de mujeres con incontinencia de esfuerzo (7% vs 17%)(453).

Por tanto, sería conveniente la realización de más estudios para averiguar hasta qué punto los subtipos de incontinencia IUU o IUE muestran mayor influencia en CV.

Lo que parece más evidente en la literatura es que la IUM, que incluye incontinencia de esfuerzo así como la incontinencia de urgencia, demuestra tener peores efectos en la CV de las mujeres(219,220,224,225).

Resultados de estudios más recientes presentados(224) confirman el considerable deterioro que la IUM produce en la calidad de vida relacionada con la salud de la mujer que la padece, estando este impacto asociado, en más del doble de intensidad, a la presencia de síntomas de IUU que de IUE. El impacto en la calidad de vida, de acuerdo a la puntuación global en el cuestionario KHQ, fue superior en la muestra de mujeres con síntomas de IUM del presente estudio (42,2; DE=18,7) que en la de otros estudios publicados realizados en mujeres con síntomas de vejiga hiperactiva (38,3; DE=19,2)(218) o con síntomas de IU (39,3; DE=22,11)(216). Estas diferencias se centran fundamentalmente en las puntuaciones de las dimensiones impacto de relaciones personales, limitaciones sociales, físicas, actividades cotidianas y que son superiores en dicho estudio respecto a las descritas en los anteriormente citados.

De la misma forma, si bien las puntuaciones medias en CV por subtipos de IU no muestran diferencias estadísticamente significativas, si estudiamos ahora la distribución entre las que presentan afectación leve, moderada o severa de los subtipos de IU, encontramos que entre las mujeres que refieren afectación en CV leve-moderada, los subtipos IUE e IUM son los más frecuentes. Por su parte, entre las que refieren afectación en CV moderada-severa los subtipos más frecuentes son IUU e IUM. Destaca que entre las mujeres con afectación en CV severa, la mayoría corresponde a IUM (80%) y sólo un 20% a IUU. Entre las IUE no existe afectación severa en calidad de vida. Estos resultados se encuentran en el límite de la significación estadística ($p=0,06$). Podría explicarse este hecho porque entre las mujeres jóvenes donde predomina IUE, siendo en ellas la severidad de pérdidas sea más baja y sólo con esfuerzo (de ahí la afectación en CV más baja), mientras que entre las mujeres de más edad, la severidad de pérdidas (frecuencia y cuantía) es habitualmente más alta, predomina a estas edades IUU y en cualquier situación no solo asociada a esfuerzo, por eso obtienen puntuaciones más altas y por tanto más afectación en CV. En cualquier caso, la IUM se asocia a mayor severidad probablemente cuando en ella predominan los síntomas de urgencia. Del mismo modo la IUM puntúa afectación leve en CV cuando predominan en ella los síntomas

de esfuerzo. De este modo, al igual que señalan otros autores(224), la afectación en CV en pacientes con IUM podría ser usado como un indicador de utilidad para decidir la instauración de un tratamiento precoz de IUM, orientándolo al subtipo que predomine, IU de esfuerzo o IU de urgencia.

Hemos señalado que estos resultados se encuentran en el límite de la significación estadística y respecto a ellos hemos encontrado en la literatura estudios que, en esta misma línea, indican el mayor impacto en la CV de la IUM(162,220,225,348)(166). Sin embargo, en otros estudios no se han encontrado estas diferencias entre los tipos de IU(232)(304).

En nuestro estudio, analizadas las puntuaciones medias obtenidas por esferas de afectación de CV según los distintos subtipos de IU, no encontramos diferencias estadísticamente significativas. De esta forma no podemos asociar determinadas esferas de afectación en CV según un subtipo de IU u otro.

Otros autores sí que encuentran una asociación entre las distintas esferas de CV y el subtipo de incontinencia. De hecho, usando el Kings Health Questionary y midiendo el grado de afectación de IUM por esferas, se ha evidenciado afectación en esferas de limitaciones sociales, físicas, relaciones personales y actividades cotidianas. En cualquier caso nuestros resultados no son comparables por no usar el mismo test de valoración de Calidad de Vida, y tampoco existen estudios que correlacionen el cuestionario IIQ usado en este estudio con el cuestionario KHQ.

De la misma forma ciertos autores(466), sí observan asociación de subtipo de IU con las esferas medidas con los cuestionarios de CV empleados. Así, estos autores observaron, usando también el KHQ, que la percepción del estado de salud general ($60,6 \pm 2,7$) era la dimensión más afectada de la CV de las mujeres en la IUU, mientras que las limitaciones físicas ($64,1 \pm 2,4$) y las medidas de gravedad ($48,7 \pm 2,1$) eran las más afectadas en la IUE. No obstante, nuestros resultados no son comparables dado que el test de CV empleado es diferente al usado en el presente trabajo.

6.3.3 CORRELACIÓN PUNTUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA ICIQ-SF e IIQ

Existe un buen nivel de correlación entre la puntuación obtenida con el cuestionario de CV ICIQ-SF y el cuestionario de CV IIQ. Esta correlación tiene interés desde el punto de vista de que mientras que el ICIQ-SF es un test de CV que trata de aproximarse a la cuantificación de las pérdidas, el cuestionario IIQ lo que busca es una aproximación cualitativa, a través de la afectación en diferentes escalas de afectación de la CV.

6.3.4 DISCUSIÓN FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA CALIDAD DE VIDA

No existen diferencias estadísticamente significativas entre las variables sociodemográficas estudiadas (edad, estado civil y nacional) y el grado de afectación en CV según ICIQ-SF. En cuanto al nivel de estudios, las mujeres con niveles de formación más elevados refieren menor afectación en CV. Por su parte las mujeres con bajos niveles de formación refieren afectación en CV mayor afectación. De hecho, los mayores porcentajes obtenidos de mujeres que puntúan afectación severa en su CV son las mujeres con menos estudios (no poseen o poseen estudios básicos). Impresiona que probablemente las mujeres con mayores niveles de formación optan por soluciones antes de que su IU les afecte de una manera severa en su CV de vida.

Por su parte, tampoco se encuentra asociación significativa entre ninguna de las variables sociodemográficas y el grado de afectación en CV según el cuestionario IIQ, ni siquiera respecto al nivel de formación.

En otros estudios se ha observado relación entre la afectación en CV y la edad. Así en los realizados por Martínez Córcoles, las puntuaciones más bajas (mejor calidad de vida) se dieron en pacientes más jóvenes, y conforme avanzaba la edad las puntuaciones en términos generales eran más altas. Por tanto, a mayor edad, peor CV. En la literatura diferentes trabajos encuentran esta relación(86,467,468).

También hay estudios que ofrecen resultados contrarios (a menor edad, peor CV). En este caso hay que matizar que empeoran solamente ciertos aspectos como son la actividad sexual y tensión psicológica(469), aspectos que no fueron valorados específicamente en nuestro estudio.

Por tanto, sería conveniente hacer más estudios que en esta línea investiguen la influencia de distintos factores de riesgo y variables sociodemográficas, entre ellas, la edad en la afectación de CV.

En cuanto a las puntuaciones medias en CV obtenidas entre las distintas categorías de estado civil, observamos que es entre las viudas donde se evidencian mayores puntuaciones con respecto al resto de estados civiles, en la esfera de “sentirse desgraciada”. El estado civil no se relaciona con la afectación en CV en ninguna de las otras esferas estudiadas.

Con respecto al nivel de formación, son las esferas de actividad recreativa y de sentimiento desgraciado en las que las mujeres con menores niveles de formación refieren mayor puntuación y por tanto mayor afectación en CV comparadas con las mujeres con niveles altos de formación.

Así pues podemos concluir que con respecto a las variables sociodemográficas estudiadas se observó que entre las viudas en la esfera de sentirse desgraciado puntúan más elevado con respecto al resto de estados civiles. De la misma forma también mostraron significación estadística con una mayor puntuación en las esferas de actividades recreativas y sentirse desgraciado las que tenían menores niveles de formación con respecto a las mujeres licenciadas o diplomadas.

Respecto al IMC no se observan diferencias estadísticamente significativas con respecto a la afectación en CV medida con ICIQ-SF ni con IIQ-SF. Las variables antropométricas no muestran asociación significativa en ninguna de las esferas de CV medidas con IIQ. Únicamente un estudio realizado(460) muestra una asociación entre la escala de relaciones personales en la que se puntúa más alto en la afectación en CV entre las mujeres con mayor IMC. Sería necesario hacer más estudios que incluyeran esta variable y su influencia en la CV.

Las variables gineco-obstétricas medidas con ICIQ-SF no mostraron significación estadística con respecto al grado de afectación en CV con respecto a las mujeres sin dichas variables. Ahora bien con el cuestionario IIQ se encontró asociación estadísticamente significativa con mayor puntuación en mujeres con antecedente de prolapso, siendo en estas mujeres la afectación en CV severa a diferencia de las mujeres sin dicho antecedente con afectación en CV nula o leve.

Respecto a las variables gineco-obstétricas, fue el antecedente de histerectomía el que muestra una asociación significativa, con una mayor puntuación en la esfera de sentirse desgraciada. De la misma forma las mujeres con antecedente de prolapso puntúan más en las esferas de actividades recreativas, viajes, sociales, estado de ánimo y sentirse desgraciada.

Diferentes estudios muestran asociación entre antecedente de histerectomía y el grado de afectación en CV. Así, estudios como el realizado por Martínez Córcoles(460) muestra que la limitación de la actividad física, la limitación de la actividad social y de la de emociones, fueron apreciablemente superiores en pacientes que habían sido sometidas a histerectomía. Otro estudio sobre CV realizado a 1.249 mujeres a las cuales se les había efectuado una histerectomía(470) demostró que su CV se resentía en casi todas las facetas de la actividad diaria y salud mental.

Asimismo son congruentes respecto a nuestros resultados, estudios que explican cómo el antecedente de prolapso también influye en la CV. De esta forma al respecto hay estudios(471) que indican que existen diferencias en el impacto generado, pues describen que las mujeres con prolapso han demostrado tener mayor prevalencia de depresión que mujeres sin esta condición. Asimismo describen mayor impacto en la CV. Otros estudios

señalan que el prolapso genera poco efecto. En este sentido, aquéllas que describieron alguna alteración refirieron falta de confianza, sentirse menos atractivas, menos femeninas o sentirse mal consigo mismas (231,243)(15,40).

Ahora bien, también hay estudios(460) que han encontrado asociación estadística entre puntuaciones más altas en la escala de actividades de la vida diaria y de relaciones personales en pacientes con antecedentes de cirugía abdominal, que no se han evidenciado en nuestro trabajo.

Por tanto parece interesante considerar los antecedentes de prolapso e histerectomía como factores a tener en cuenta en las mujeres incontinentes, dado que parecen tener una influencia en la afectación en CV.

Por su parte, serían necesarios más estudios que nos dieran información de la influencia que otros factores gineco-obstétricos pueden tener en la CV y, en definitiva, de la vivencia de la incontinencia por parte de la mujer.

En cuanto a otras variables, tales como el antecedente de parto, los datos aportados en la literatura son escasos. Hemos encontrado trabajos que indican el impacto en CV que tiene la IU en el periodo postparto. Handa y cols.(472) indica que presentar síntomas de IU a los 6 meses después del primer parto tiene efectos negativos en la mujer (para la valoración de CV usó el cuestionario SF-12). Otro estudio, realizado por Dolan y cols.(473), encontró que el King's Health Questionnaire mostraba un empeoramiento de la calidad de vida en las mujeres incontinentes después del parto. Sin embargo, los propios autores especulan si este empeoramiento puede ser debido a la coexistencia de otros factores presentes también en el postparto. Finalmente, un tercer estudio(400) evalúa la afectación de la IU en primíparas siete semanas después del parto mediante la pregunta específica del cuestionario ICIQ-UI SF que hace referencia al impacto de la IU en la vida diaria. Los autores indican que entre las mujeres que habían sido continentes durante el embarazo, el 21% tiene una puntuación de 0 en dicha pregunta, el 49% entre 1 y 3, el 23% entre 4 y 7 y el 7% entre 8 y 10. Las mujeres que presentaron incontinencia desde el embarazo y persistieron con síntomas tras el parto, tuvieron una distribución bastante similar.

En nuestro estudio no se ha considerado explícitamente el periodo post-parto sino únicamente el antecedente o no de partos vía vaginal. Harían falta por tanto estudios que trataran de estudiar el parto como variable que afecta en CV no sólo inmediatamente post-parto, sino también como antecedente de la mujer a cualquier edad, en comparación con aquéllas que no tuvieron este antecedente.

Respecto a las variables de estilos de vida estudiados (estreñimiento, ejercicio físico, consumo de alcohol y de tabaco) no se observan diferencias estadísticamente significativas

con respecto a la afectación en CV entre mujeres con dichos antecedentes y las que no los tienen. Tampoco se observan diferencias medidas con el cuestionario IIQ. Por esferas de afectación en CV tampoco hemos observado afectación en CV comparativamente entre mujeres que sí los tienen con las que no.

Tampoco observamos diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres que refieren consumo de fármacos en cuanto al grado de afectación en CV con respecto a las mujeres que no los consumen tanto medida con ICIQ como con IIQ. Las puntuaciones medias no muestran diferencias por escalas de afectación IIQ entre las que consumen fármacos y las que no lo hacen. Tampoco se observan diferencias estadísticamente significativas entre las consumidoras de determinados fármacos y las no consumidoras respecto a la afectación en CV (tanto en mediciones con ICIQ como con IIQ).

Con respecto al consumo de fármacos se encontró en algunos estudios(460) que existía relación entre tomar medicación habitual y la escala de relaciones personales. Así, estas pacientes tenían peor CV que las que no tomaban medicación.

Las mujeres con antecedente de enfermedad que mostraron una mayor puntuación en la escala de actividades recreativas comparada con la obtenida en mujeres sin dicho antecedente, estando este dato en el límite de significación estadística. Las enfermedades concretas que se relacionan con una mayor afectación en CV son antecedente de EPOC y de tumores. Algunos autores(460) también señalan el empeoramiento en CV, en la escala de relaciones personales.

6.4 ABORDAJE Y COMPORTAMIENTOS DE LA MUJER INCONTINENTE Y DEL PROFESIONAL SANITARIO EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

6.4.1 DISCUSIÓN DE IU COMO MOTIVO DE CONSULTA Y ENTORNOS CONSULTADOS

Un 66,7% (N=154) de las mujeres detectadas como incontinentes nunca habían consultado con profesionales por este motivo.

Diferentes estudios en la literatura, han evidenciado también un bajo índice de consulta frente a la IU en el ámbito profesional. Así, autores tales como Modroño(162), refieren que un 56% de mujeres no habían consultado. Similares resultados han sido obtenidos por otros autores como Sanchez Enciso(166) en el que un 56,4% refieren que nunca han consultado por este motivo. Aunque estos puedan parecer porcentajes elevados resultan similares a los de la mayoría de los estudios(263)(474).

Existen estudios que observan resultados con porcentajes de no consulta aún más elevados, en torno al 60% de los casos (475)(173,476)(161,172) e incluso superiores. De hecho, los resultados obtenidos en el presente trabajo son congruentes con estos últimos, que indican que la IU es motivo de consulta en menos del 30% de los casos. Hay estudios que defienden incluso que sólo una de cada cuatro incontinentes consultan(474).

En este trabajo el índice de consulta se sitúa en tan sólo el 33% de las mujeres incontinentes, resultados congruentes con los datos existentes en la literatura revisada, dónde sólo el 20-50% de los afectados busca ayuda para solucionar su problema(48)(144).

Frente a estos resultados, observamos que el bajo índice de consulta evidenciado contribuye a que este problema permanezca oculto, se infravalore su importancia y con ello, en definitiva, se dificulta la posibilidad de aplicación de medidas terapéuticas existentes para su mejora.

Ante la situación de infradeclaración y el consiguiente infradiagnóstico, se ha determinado que el nivel de educación y de conocimiento sobre este problema se convierte en un instrumento esencial de mejora ante este problema. De hecho los estudios revelan que más de la mitad de las personas entrevistadas no se sienten suficientemente informadas acerca de la IU y la mitad refieren que no tienen información disponible sobre ello(477). Se determina incluso una fuerte asociación entre la falta de búsqueda de ayuda profesional y la falta de conocimiento acerca de la IU y de los tratamientos disponibles para ella y/o una percepción negativa de la enfermedad(478,479). De este modo, existen estudios que han demostrado cómo un simple programa de educación para la salud es capaz de mejorar las actitudes hacia este tema de las personas que sufren IU y las alientan a buscar ayuda profesional(478).

Por tanto, la IU se confirma en el presente trabajo como un problema infradiagnosticado. La escasa declaración y búsqueda de ayuda a través de la consulta con profesionales se convierte en una realidad en nuestro medio. Consideramos como aspecto relevante a destacar de estos resultados la necesidad de promoción de campañas y programas educativos sencillos dirigidos a la población general, que impulsen a la mujer en la búsqueda de ayuda, dando a conocer la IU como un problema de salud presente en nuestra sociedad y sus posibilidades de mejoría tras una adecuada valoración y tratamiento profesional. De hecho, según los estudios(210,290), se podría lograr una mejoría o curación del 70% de los casos con tratamientos conservadores y mediante tratamientos especializados (últimas alternativas quirúrgicas) este porcentaje asciende al 95%.

De la misma forma, es escasa la comunicación del problema de IU en entornos socio-familiares del individuo, siendo sólo el 16,8% (N=39) de las incontinentes las que habían

tratado el tema de incontinencia en entornos personales (familia 15,6%, pareja 10,8% y amigos 8,2%). Si bien son escasos los estudios que tratan dicho aspecto, nuestros resultados son discordantes con respecto a los resultados encontrados en la literatura revisada, que indican que la revelación de la IU es mayor en el entorno familiar que en el profesional(264). Probablemente esa discordancia sea debida a que la mayoría de estudios que abordan este aspecto se han realizado en población anciana, la cual suele tener pérdidas de orina mayores y por tanto más evidenciables a nivel familiar, mientras que en la población más joven, probablemente con menor cuantía de pérdida, esas pérdidas se hacen menos evidentes a nivel íntimo y por tanto son los ámbitos profesionales los primeros en ser consultados. Se debe por tanto, extender las campañas educativas a la sociedad, para proceder a la normalización de la situación de la incontinencia, desde un punto de vista abordable y solucionable a través de la consulta con profesionales.

Entre el total de mujeres incontinentes que consultan los profesionales sanitarios (N=77), un 28,6% consultaron con más de un profesional. Estos datos son congruentes con otros estudios que refieren que entre las mujeres que consultaron, una tercera parte lo hizo con más de un profesional(263)(162).

De entre todos los profesionales, el médico de familia fue el más consultado de modo que el 66,2% de las mujeres (N=51) recurren a él. Le siguen en frecuencia de consulta el ginecólogo 39% y el urólogo 29,9%, y a mucha más distancia se encuentran las mujeres que consultan con su enfermero 7,8%, naturista 1,3% y ninguna de ellas con farmacéutico.

Estos datos son concordantes con los encontrados por Modroño 2004(162). La frecuencia más alta corresponde al médico de familia (61%), seguida del ginecólogo (58%), el urólogo (19,4%) y con el enfermero sólo en el 9%. Otro estudio nacional, llevado a cabo por Gavira Iglesias(264) refiere también que el profesional más consultado era el médico de familia, si bien en porcentajes más bajos. En este caso, el 29% consulta con su médico de AP, 9% con la enfermera y 9% con otros profesionales. También a nivel europeo se ha estudiado el papel de los médicos de familia(265), y la mayoría opta por contar su problema con el médico de cabecera.

Observamos que las consultas de atención primaria, por el contacto continuado con los pacientes, son el lugar al que con más frecuencia suelen recurrir las mujeres que deciden buscar ayuda. Ante la gran prevalencia, y el bajo índice de consulta profesional, la AP adquiere un papel fundamental siendo el profesional más consultado el médico de AP. Esto exige y hace necesario un nivel de formación adecuado por parte de dicho profesional, de los tratamientos conservadores que pueden ofrecerse desde este ámbito, así como ser conocedor de los criterios de derivación a atención especializada en los casos que lo precisen. Asimismo creemos necesario potenciar la figura de enfermería en el manejo de la

incontinencia. En nuestro estudio sólo un 10% de las mujeres incontinentes había consultado este problema a su enfermera. A este respecto existen estudios que indican que el principal motivo de no comentar su IU con enfermería es no considerarlo un problema para consultar con este profesional(480). La mala información de la población, el escaso protagonismo concedido o adoptado por enfermeras al respecto y la responsabilidad atribuida en exclusiva a los médicos con la errónea creencia de que es la prescripción de pañales la opción a tomar, pueden explicarlo.

Nos parecería necesario, a la luz de estos resultados, cursos de formación y abordaje de incontinencia urinaria en atención primaria, dirigidos a todos los miembros del equipo (especialmente médicos y enfermeros) que optimicen el manejo de la IU en este nivel asistencial.

Entre los factores de riesgo estudiados y su relación con la frecuencia de consulta destacamos que, con respecto a los distintos intervalos de edad estudiados, es entre las mujeres de intervalo más joven entre las que hay menor frecuencia de consulta (tan sólo del 11,4%). Por su parte, entre las mujeres de intervalo de edad más mayores (mayores de 55 años) el 40% buscarán ayuda profesional. Por tanto, es más frecuente consultar con profesionales cuanto mayor es la edad. En parte estos resultados estarían justificados según ciertos estudios(253), por la creencia que la mujer tiene sobre sus pérdidas de orina vinculadas al hecho de haber parido y al envejecimiento, las cuales influyen en la búsqueda de ayuda. Este hecho justificaría que en nuestra muestra las mujeres jóvenes consulten menos frecuentemente, debido por un lado a esa asociación de incontinencia con envejecimiento y por otro lado, porque la cuantía de pérdida suele ser menor entre las mujeres jóvenes.

Ahora bien, respecto al profesional consultado, no existen diferencias estadísticamente significativas del profesional consultado por edad.

Respecto al resto de factores de riesgo y su relación con la búsqueda de ayuda, destacamos que hay mayor consulta entre mujeres viudas, bajos niveles de estudios y antecedentes de menopausia, cesárea y estreñimiento. A diferencia de ciertos estudios(253) no se ha relacionado de una manera estadísticamente significativa con la paridad. En nuestra casuística, estos factores de riesgo son más frecuentes entre las mujeres de mayor edad, y por tanto la edad juega un papel importante en la influencia de dichos factores en la consulta con profesional.

Se debe tener en cuenta a la hora de elaborar grupos diana de intervención educativa sobre este aspecto que, entre las mujeres jóvenes, se debe insistir en la necesidad de que consulten por este problema de salud, desligándolo de la falsa creencia de que la

incontinencia urinaria es propia y exclusiva del envejecimiento. Por otro lado también se tiene que explicar que la incontinencia es un proceso progresivo, de modo que las incontinencias leves, en cuanto a cuantía, suelen progresar en los siguientes años. El abordaje precoz puede favorecer y ayudar a la resolución completa y precoz de la misma. Por su lado, otros factores de riesgo tales como el estreñimiento son fácilmente corregibles y se deben considerar a la hora de elaborar programas de prevención frente a la IU. El resto de factores de riesgo tales como viudedad, menopausia, cesárea o bajos niveles de estudio, pueden estar relacionados con la edad. En cualquier caso deben ser tenidos en cuenta, sobre todo en mujeres de edad avanzada para elaborar programas de prevención frente a la IU y destinar recursos sociosanitarios para mejorar la situación de estas pacientes y potenciar especialmente en ellas la consulta profesional.

Las mujeres que consultaron con su médico mostraron mayor puntuación en las esferas de CV del cuestionario IIQ de actividades domésticas, relación social, ánimo bajo y sentirse desgraciado con respecto a las que no consultaron. No existen diferencias de puntuación por escalas entre las que consultaron y no lo hicieron con su enfermero. Respecto a las que lo consultan con su ginecólogo son las esferas de actividad recreativa, social y capacidad para viajes las que obtienen puntuaciones más altas respecto a las que no lo consultaron. Parecería interesante que el médico de familia tenga en cuenta la afectación de estas esferas. De este modo, podría pensar y preguntar sobre problemas de IU en mujeres que no consulten directamente por este motivo, pero sí lo hagan por estados emocionales o sociales deterioradas.

Se observa que a medida que la mujer tiene mayor afectación en CV, medida con el cuestionario ICIQ-SF, mayor es el porcentaje de consulta con algún profesional (consultan el 65% de mujeres con afectación severa (N=55) vs el 12,2% de las que tienen afectación leve (N=82). Cabe destacar no obstante que existen porcentajes llamativos de mujeres que no consultan a pesar de la afectación severa en CV o moderada (34,5% y 67% respectivamente).

Respecto a los parámetros de frecuencia y cantidad de pérdida (indicadores de severidad medidos con el cuestionario ICIQ-SF), se observa que cuanto más habituales son las pérdidas urinarias y mayores son las cantidades perdidas, mayor es la búsqueda de consulta. En cualquier caso destacaremos que un 30% de las mujeres con pérdidas continuas y mucha cantidad perdida no consultaron sobre este tema.

Relacionado con estos datos existen estudios cualitativos(450), en los cuales se pone de manifiesto cómo la baja percepción de la IU es una barrera que obstaculiza cualquier tipo de conducta de buscar ayuda médica. Esto justificaría que las mujeres con baja frecuencia de pérdida (pérdidas ocasionales semanales) o con poca cantidad de pérdida, experimentan una baja percepción de su problema de IU.

De la misma forma, si observamos la relación que existe entre los diferentes grados de afectación en CV según el IIQ y el porcentaje de mujeres que consultan y las que no, podemos ver que a medida que la afectación en CV va siendo más severa es mayor el porcentaje de mujeres que consultan con algún profesional. Así entre los que refieren afectación leve, el 33,9% consultan, si bien entre las mujeres con afectación severa consultan el 80%. De la misma forma la puntuación media de las esferas valoradas por el IIQ es mayor entre las mujeres que consultan que entre las que no.

Sin embargo, la opción de no consultar por el escaso impacto del problema en personas con IU leve es poco tranquilizadora, ya que es conocida su frecuente evolución a grados más severos de IU(481). Además, son precisamente estas incontinencias de grado leve las que tienen un mejor pronóstico con un adecuado abordaje(482).

Por tanto, se debe insistir en la necesidad de incluir en el manejo de la incontinencia urinaria tanto a las mujeres con grandes afectaciones en su CV y autopercepción del problema, como a aquellas mujeres con afectación y autopercepción menor. Precisamente en estas últimas debería centrarse encarecidamente la detección precoz, dado que es en las que la intervención precoz en AP puede mejorar el pronóstico en mayor medida.

El mismo concepto de la baja autopercepción relacionada con la baja consulta es aplicable a los distintos subtipos de IU. De esta forma es más frecuente que consulten las mujeres incontinentes con IUM (un 40,6%) que las mujeres con IUU (26,2%) y en menor frecuencia las mujeres con IUE (23%). A este respecto, un estudio(249) afirmaba que las mujeres que presentan IUE no lo consultan porque consideran los síntomas menos molestos.

Así pues podemos concluir que es la baja percepción de su IU lo que ocasiona la barrera más habitual entre las mujeres de nuestro trabajo: es esta aceptación y normalización lo que probablemente no les permite comenzar a adquirir comportamientos apropiados para fomentar su salud, como puede ser la búsqueda de ayuda profesional para resolverla. Por tanto esta barrera interfiere para la búsqueda de acciones resolutivas.

Así pues podemos concluir que el problema en la decisión de búsqueda de ayuda es que no ven la necesidad de abordarla por una baja percepción de IU, la falta de conciencia de la misma como enfermedad y los pocos conocimientos sobre ella.

Concluimos en nuestro caso, que entre los factores de riesgo relacionados con la búsqueda de ayuda por un profesional se encuentran la mayor edad, el estado civil de viudedad, el nivel de estudio bajo, el estreñimiento y la cesárea. Respecto a otros factores que influyen encontramos la autopercepción como severa afectación en CV respecto a la IU medida tanto con el ICIQ como con el IIQ. Finalmente también se relaciona con la búsqueda de ayuda

profesional la severidad de pérdida de orina (mayor frecuencia y mayor cuantía de pérdida) así como el subtipo de IUM.

La mayoría de estos datos son congruentes con el estudio llevado a cabo por Gavira Iglesias(264), que estudia las variables asociadas a la comunicación de la IU a los profesionales. Según este estudio las variables asociadas serían la mayor edad, la percepción de la propia salud como regular, mala o muy mala, la pérdida de grandes volúmenes de orina, la IU de duración superior a 5 años, la dependencia funcional y el sentir algún efecto de la IU sobre su estilo de vida. Al analizarlas simultáneamente, todas salvo la edad y el volumen de pérdidas mantuvieron la significación estadística.

Al comparar la frecuencia de consulta de incontinentes que consultan con su entorno sociofamiliar, de entre las que consultaron con profesionales y las que no lo hicieron, destacamos que del total de mujeres que habían consultado con algún profesional (N=77) tan sólo el 26% habían consultado con su entorno más personal (familia, pareja o amigos). Si no habían consultado con profesionales (N=154), el porcentaje de consulta en entornos personales se reduce al 12,3%.

Entre los distintos entornos sociofamiliares, cabe destacar que entre las mujeres que sí consultaron con profesionales (N=77), lo habían consultado también con su familia un 27,3%, con su pareja un 20,8% y con sus amigos un 13%. Entre las mujeres que no habían consultado con profesionales (N=154), los porcentajes de consulta en entornos más personales son mucho menores, siendo un 9,7% en el familiar, y un 5,8% en los entornos pareja y amigos.

Por tanto, si bien el porcentaje de mujeres que revelan su problemática de IU en entornos sociofamiliares es por lo general bajo, no obstante es destacable que es mayor entre las que habían consultado en algún ámbito sanitario previo que entre las que no lo habían hecho. Es por esto que en muchas ocasiones el médico de familia es conocedor de la problemática incluso antes que su pareja.

Estos datos de comunicación en ámbitos sociofamiliares indican que la IU continúa siendo un tabú en nuestra sociedad actual. La mujer incontinente comunica poco su problemática en entornos profesionales y aun es menor la revelación de su situación en ambientes más íntimos.

A pesar de ser bajo el índice de consulta en entornos sociofamiliares (más aun entre las mujeres que no consultan con profesionales), el entorno familiar es el más consultado, seguido de la pareja y en último término los amigos.

6.4.1.1 Discusión descriptivo de los motivos de no consulta de IU con profesionales.

Del total de las mujeres incontinentes detectadas, el 66,7% (N=154) no habían consultado con profesionales sanitarios. Estos resultados son congruentes a los hallados por Gavira Iglesias(264), según el cual un 68% no había discutido su problema con ningún profesional.

Respecto a estos datos, hay investigaciones previas que confirman ese comportamiento entre mujeres con IU. Uno de estos estudios(257) mostraba que el 85% de las mujeres con IU no habían buscado ayuda profesional. Otros subrayan no sólo la baja consulta sino el retraso en la búsqueda de la misma. Así, el trabajo realizado sobre 9.487 mujeres de 15 países europeos incluido España(422), revelaba que el 48% sufría pérdidas de orina que habían tardado 2 años en consultar a un médico, y que el 28% no había solicitado ayuda hasta pasados 3-5 años, el 13% habían consultado pasados 6-10 años y un 11% habían tardado más de 11 años en hacerlo. Otros estudios (483) mostraron que el 39% de su muestra no había ido al médico a consultar por sus pérdidas de orina hasta pasados más de cinco años del inicio de su IU. De esta forma concluyen que la mayoría de las mujeres deciden buscar ayuda médica varios años después de que aparezcan las primeras pérdidas de orina.

Respecto al bajo índice de consulta, ciertos estudios(463) también encuentran una relación estadísticamente significativa entre la IU y la búsqueda de atención médica de las mujeres que la padecen (OR 1,43 IC 95% 1,21-1,68), y concluyen que las mujeres son reticentes a buscar ayuda para sus pérdidas de orina. Aún más próximos a nuestros datos son los obtenidos en estudio del año 2009(484) indicando que el 65,7% de las mujeres de la muestra no buscaban tratamiento para su IU.

A pesar del progreso en la evaluación, manejo y tratamiento de la incontinencia, muchos pacientes ni consultan a los profesionales de la salud sobre ella ni revelan sus síntomas urinarios cuando los visitan por otras razones(485).

Los motivos que sustentan dicho comportamiento de no consulta son reveladores de cómo la mujer vive y siente el problema. La selección de los motivos de no consulta utilizados en este trabajo, se basó en los estudios previos realizados sobre el tema. Modroño(486) había señalado que los motivos aducidos son sentimientos de vergüenza, considerarla un problema “normal” o inevitable en ciertas edades o, simplemente, pensar que es irresoluble. Otros trabajos también insisten y coinciden en la consideración de la IU como una consecuencia normal e inevitable del envejecimiento(487), como algo propio de la mujer(487,488) o como un “fastidio” o problema menor que puede mejorar sin intervención alguna(489). Los sentimientos de vergüenza, el miedo a someterse a procedimientos diagnósticos o terapéuticos agresivos o molestos(489) o la falta de confianza en que el

problema sea resuelto por el equipo sanitario son otros factores a considerar(480). Algunos estudios(264) asocian los motivos de no consulta concretos referidos en función del profesional consultado (médico de cabecera o enfermera) indicando como principales motivos de no consulta el creer que la IU no tiene suficiente importancia como para consultar (45% y 41% de las respuestas, respectivamente) y que los “escapes de orina ocurren con la vejez y no se puede hacer nada” (27% y 22% de las respuestas, respectivamente). En el caso de las enfermeras se añade un tercer motivo importante: el considerar que su IU no es un problema para consultar a este profesional (21%). Otras causas, como la falta de confianza en el profesional, sentir vergüenza o tener miedo a pruebas o intervenciones quirúrgicas, estuvieron por debajo del 7%.

En nuestros resultados observamos que entre las mujeres que no consultan (N=154) un 93% (N=143) señalan cuáles son las causas de no consulta. En ellas destaca como causas más frecuentes “no darle importancia” (41,3%, N=59) y “considerarlo un proceso normal” (36,3%, N=52).

Si bien la mayoría de los estudios revisados comparten con nosotros que éstos son los motivos más frecuentes de no consulta, sin embargo en algunos(484) los porcentajes son menores a los nuestros. El 17,8% de las mujeres consultadas indican entre los motivos de no consulta el considerar las pérdidas de orina como normales. Otros estudios muestran porcentajes superiores al nuestro, como el 71% de no consulta, por considerarlo normal(490). Los que más se aproximan a nuestras cifras indican que, en el 55% de los casos, el motivo de no consulta con su médico es que lo consideraban un proceso normal del envejecimiento, en el 41% porque los síntomas no les molestaban y en el 21% porque no lo veían como un problema médico(257).

Respecto a no consultar con profesionales por considerarlo un proceso normal del envejecimiento, también hemos encontrado trabajos tales como un estudio del año 2001(479), que ya indicaba que una de las razones por la cual existe una gran discrepancia entre la alta prevalencia de IU y el bajo porcentaje de búsqueda de ayuda, es porque se la considera como un proceso normal e inevitable del envejecimiento. Precisamente y siguiendo esta línea de pensamiento hay estudios que indican que las mujeres con IU no buscan ayuda por considerarla un proceso que hay que aceptar con resignación y adaptarse a ella(254).

Existen estudios cualitativos que tratan este asunto(450) en los cuales también aparece la vinculación de la IU como un proceso normal ligado al envejecimiento. De hecho las mujeres manifiestan miedo y temor a que los demás las consideren mayores con todas las evocaciones que comporta la vejez. Bradway, así como Komorowski, ya habían evidenciado este significado peyorativo que otorgan las mujeres a la IU(258,259). Freixas por su parte,

afirmaba que las mujeres se niegan o resisten a definirse como mayores puesto que los estereotipos negativos de género respecto a la vejez (asociada a debilidad, dependencia, enfermedad y pérdida de juventud y belleza) están interiorizados en ellas como producto de su proceso de socialización de género y ello les provoca temor, miedo y rechazo a esta etapa(491). Estudios más recientes(450) permiten postular que, a pesar de relativizar sus pérdidas de orina, les otorgan un significado peyorativo por su vinculación con el proceso de envejecer y por tener interiorizados todos los estereotipos de género propios del mismo, con lo cual tienden a no verbalizarlas. Otros estudios(253) muestran cómo la creencia de la pérdida de orina vinculándolas al hecho de haber parido y por envejecimiento, influyen en la búsqueda de ayuda y a normalizar el problema.

Los resultados de la relación de posibles motivos de no consulta con edad , con características de la pérdida (frecuencia y cuantía), o con subtipo de IU, sólo muestran asociación estadística con el motivo de consulta “no darle importancia” y no lo hacen con ningún otro motivo de consulta.

A edades más jóvenes es más habitual que se considere IU un proceso sin importancia. Un 43,2% no consultan por este motivo entre las mujeres menores de 44 años, mientras que entre los estratos de edad superiores el no consultar por no dar importancia es mucho más infrecuente (el 16,1% entre las mujeres de 45-54 años y el 22,4% de edad mayor o igual a 55 años). Estas diferencias son estadísticamente significativas. No existen diferencias respecto a la frecuencia de los motivos de no consulta entre las mujeres de distinta edad.

Respecto la cuantía y frecuencia de pérdidas de orina, sí se observa una relación con respecto a los motivos de consulta de “no darle importancia” o “considerar la IU un proceso normal”. Así, cuanto menor es la frecuencia y/o cuantía de pérdida, mayor es el porcentaje de mujeres que refieren no consultar por estos motivos. El resto de motivos de consulta no se relacionan con frecuencia ni cantidad de pérdida.

Probablemente esto sea debido a que entre las mujeres jóvenes ya hemos estudiado que las cuantías de pérdida son menores que entre las ancianas. Por tanto por ser joven y por tener pocas pérdidas no le dan importancia. En las ancianas sin embargo a pesar de cuantitativamente tener más pérdidas, éstas tienden a influir menos en su vida porque sus expectativas vitales son menores y por esto también le restan importancia.

Las mujeres con subtipos de incontinencia IUU e IUE refieren como motivo de no consulta el “no darle importancia” en mayor medida que las mujeres con IUM. No existen diferencias por subtipo de incontinencia y el resto de motivos de no consulta estudiados. Probablemente esto sea debido, como hemos señalado anteriormente, a que las puntuaciones medias en afectación en CV son menores en IUU e IUE respecto a las de IUM.

También son menores las cuantías y frecuencias de pérdida en IUU e IUE respecto a las de la IUM. Por tanto tiene sentido que sean los subtipos que menos puntúan en afectación en CV, así como que los que tienen menor cuantía y frecuencia de pérdidas sean los que más frecuentemente no den importancia a su problema de IU y por eso no consulten.

Otros motivos de no consulta encontrados en nuestro trabajo, aunque con mucha menor representatividad, son considerar la IU como un problema sin solución (8,4%), o sentir vergüenza (10,5%). Estos motivos de no consulta son los principales motivos de no consulta en mujeres de otras culturas, como las israelíes o las de Emiratos Árabes Unidos (492). Esto en parte justificaría que no sean los más referidos en nuestra población a estudio. No muestran relación estadísticamente significativa ni con edad, subtipo ni características de la pérdida.

Respecto a cuáles son las esferas de afectación en CV entre cada uno de los motivos de consulta que más contribuyen a mantener oculta la IU, observamos que entre las mujeres que normalizan la IU no existen diferencias estadísticamente en la afectación en CV por esferas.

Las mujeres que “no dan importancia” a la IU tienen menor afectación en CV en esferas de actividad doméstica, actividad física, actividad social, y sentirse frustrado/desgraciado, con respecto a aquellas mujeres entre las cuales no es el no dar importancia a su IU el motivo de no consulta. En definitiva, son las esferas de actividades de vida diaria y emocionales las que al puntuar menos, hacen que la mujer perciba como poco importante su problema de IU.

Respecto a las que refieren que sienten vergüenza (un 10% lo consideran como motivo de no consulta) se obtienen puntuaciones más altas en la esfera de actividades físicas. Existen estudios cualitativos(450) que indican que la vergüenza es una de las principales causas de no verbalizar y ocultar sus problemas de orina. Está estrechamente relacionada con la vinculación de la IU con los estereotipos peyorativos de la vejez. También los resultados obtenidos por Rebollo y Espuña (16) resaltaban la existencia de una elevada prevalencia oculta de IU debido a que la mujer no manifiesta su problema. Otros estudios destacan la vergüenza como una de las principales causas de no manifestar los problemas con la orina. El de Higa indica que las mujeres se avergüenzan de verbalizar su problema de incontinencia tanto a su entorno familiar y social como profesional(260). En el de O'Donnell y otros encontraron que el 51% de las mujeres no mencionan su IU cuando van al médico(249) por vergüenza.

Entre las mujeres que piensan que no tienen solución, la esfera que más se relaciona entre las que no consultan es la esfera física. Se obtienen mayores puntuaciones en las que el motivo de no consulta es por este motivo respecto a las que no consultan por otros motivos.

De la misma forma se puntúa más entre las que no consultan porque piensan que no tiene solución en la esfera de actividad doméstica (dato en el límite de la significación estadística). Por tanto, los motivos de no consulta más referenciados en nuestra muestra son “no darle importancia”, “pensar que el proceso es normal”. Con respecto a las características cuantitativas de la pérdida (frecuencia y cantidad) y su relación con los distintos motivos de no consulta, únicamente aquéllas con pérdidas menores indican no darle importancia o normalizar el proceso, si bien no existe relación con el resto de motivos de no consulta. De la misma forma las mujeres con subtipos como IUU e IUE refieren no dar importancia a sus pérdidas en comparación con las mujeres con IUM, entre las cuales éste no es el motivo principal de no consulta. Si analizamos en la relación entre esferas de afectación en CV y los distintos motivos de consulta estudiados se encuentra que las mujeres que no le dan importancia a la IU tienen menores puntuaciones en esfera de actividades vida diaria y emocional. Por su parte, aquéllas que refieren la vergüenza como su limitación para consultar puntúan más alto en las esferas de actividad física y con respecto a las que piensan que no tiene solución también puntúan más en la actividad física y doméstica.

De esta forma, impresiona que a la luz de estos resultados la mujer tiende a referir motivos de no consulta que tienen que ver con el desconocimiento de la enfermedad (no darle importancia o normalizarlo). Cuando la mujer puntúa menos en esferas de actividad diaria y emocional da menos importancia a su IU, el sentir vergüenza se relaciona con esferas físicas y las pacientes que piensan que no tiene solución se relaciona con actividad física principalmente y presenta una asociación débil con la actividad doméstica.

A este respecto de la falta de conocimiento de la mujer de su incontinencia, existen múltiples estudios(258,259) que ya destacan que la fragilidad y timidez, asociadas al desconocimiento y al hecho de no poder comprender la IU como enfermedad, eran las causas de no consultar con su médico. De la misma forma hay estudios(479) que subrayan también que una de las causas de la no búsqueda de ayuda para IU es no tener conocimientos o formación adecuada sobre ella. Se ha llegado a determinar que el punto más frecuentemente relacionado con la falta de búsqueda de ayuda profesional en los pacientes con incontinencia fue la falta de conocimiento acerca de la IU y de los tratamientos disponibles para ella y/o una percepción negativa de la enfermedad(478,479).

La encuesta sobre la alfabetización en salud del Proyecto HLS-EU (European Health Literacy Survey) del año 2012(493) mostró que en España el 50,8% de la población presenta un índice de alfabetización en salud problemático.

Este estudio revela que el nivel de conocimiento de las mujeres de la muestra estudiada respecto a la incontinencia urinaria es insuficiente. Se pone pues de manifiesto esta deficiencia y por tanto sería conveniente implementar intervenciones educativas de esta

enfermedad en la población, sobre todo en grupos con factores predisponentes para desarrollar la IU, para así modificar las ideas erróneas sobre el tema. Así pues la educación sobre la IU se convierte en un objetivo para implementar el abordaje de la incontinencia urinaria desde AP. Por otro lado se hace necesario realizar estudios que identifiquen las deficiencias en información existentes en nuestro medio, con los cuales se puedan realizar intervenciones educativas de esta enfermedad en la población, sobre todo en grupos con factores predisponentes y de riesgo para el desarrollo de IU, para de esta forma, modificar ideas erróneas que existen sobre el tema.

A este proceso de normalización y desconocimiento de la IU contribuyen los mensajes publicitarios, a través de los cuales algunas mujeres, sintiéndose identificadas con la propuesta paliativa que se les ofrece en los anuncios de que con protectores/absorbentes se solucionan la mayoría de las consecuencias desfavorables de las pérdidas de orina, no se plantean buscar ayuda para resolver su IU. En su caso la publicidad las predispone a continuar con su acción atenuante y a no plantearse actuaciones resolutivas. Diversos estudios refuerzan este pensamiento. Bradway por ejemplo resalta que los anuncios de televisión sobre compresas para pérdidas de orina normalizan el problema como algo debido al envejecimiento(258).

Conviene también destacar entre las posibles causas de no búsqueda de ayuda cómo determinados contextos pueden influir sobre las mujeres, según otro estudio cualitativo(450). Así la publicidad sobre compresas para la IU influye de forma negativa sobre ellas porque interfiere en la toma de conciencia de su incontinencia como enfermedad y las predispone a no considerar necesario emprender acciones de resolución. Normaliza el problema como algo propio de la edad. Asimismo su influencia es aún más negativa entre las mujeres más jóvenes puesto que, al sugerirlo a través de protagonistas de más edad, las inclina a no abordar ningún tipo de acción.

En una revisión de la literatura científica sobre IU, Puchades apoya esa misma idea de transmisión de normalidad de las pérdidas de orina en las mujeres mayores por parte de la publicidad, y confirman además que los anuncios publicitarios sobre compresas protagonizados por famosas también emiten un mensaje de aceptación y resignación que fomenta la no demanda de asistencia(494).

Las mujeres que no consultan por miedo a pruebas complementarias (2,8%) puntúan más bajo en esferas de afectación estado de ánimo respecto a las mujeres entre las cuales el motivo de no consulta es distinto a éste. Por tanto, no parece que las mujeres que tienen preocupación por pruebas complementarias tengan una especial afectación emocional. Por su parte, la justificación de las mujeres que refieren este motivo de consulta puede encontrarse en que, tal y como muestran ciertos estudios(495), existe la creencia errónea

(51,1%) de que la cirugía es el mejor tratamiento para la IU en general. Esto puede ser una de las causas de no solicitar ayuda profesional por el temor a ser sometido a este procedimiento invasivo. Este mismo estudio revela por otro lado que apenas el 46% conocían los ejercicios de suelo pélvico, para fortalecer los músculos que sostienen el tracto génito-urinario inferior.

Prácticamente es nula la representatividad de las mujeres que no consultan su incontinencia indicando como causa de ello el “no confiar en su médico de AP”. No existen tampoco asociaciones con respecto a las esferas de afectación en CV.

Ciertos estudios(261) revelaron que las mujeres no realizaban ninguna acción por falta de confianza en lo que les puede ofrecer el médico. De hecho muchas mujeres señalaban falta de soluciones eficientes a su IU y esa falta de confianza resulta un inconveniente para que la mujer emprenda ninguna acción de resolución.

Frente a estos estudios, nuestros resultados no evidencian esa carencia de confianza y son esperanzadores, mostrando a la atención primaria como un ámbito excelente e idóneo de intervención y educación en las mujeres incontinentes.

6.4.1.2. Discusión descriptivo de los motivos de no consulta de IU y FR relacionados.

Con respecto a cómo se distribuyen las mujeres que no consultan según cada uno de los motivos considerados entre los factores de riesgo relacionados con IU, resulta que entre las pacientes que indican como motivo de no consulta “no darle importancia” es más frecuentemente referido entre mujeres solteras (50% de las solteras no le dieron importancia), mientras que en el resto de estados civiles son mucho menores los porcentajes de no consulta por no darle importancia (en torno al 20%). Entre las mujeres con niveles de formación más altos es entre las que el no dar importancia a IU es más frecuente (50% de las mujeres con estudios de diplomatura o de licenciatura), por su parte las mujeres con niveles de formación más bajos, este es el motivo de no consulta en torno al 20% de los casos.

Respecto a los antecedentes gineco-obstétricos, es entre las mujeres no menopaúsicas y sin antecedente de parto entre las que se observan mayores porcentajes de mujeres que refieren no darle importancia, comparadas con mujeres menopaúsicas o con antecedente de parto, siendo estas diferencias estadísticamente significativas.

De la misma forma, entre los estilos de vida las no estreñidas consideran la IU sin importancia en mayor medida comparadas con las estreñidas (29,3% vs el 14% respectivamente). Análogamente, entre las no consumidoras de fármacos es más frecuente el motivo de no darles importancia con respecto a las consumidoras (33% vs 21%).

La relación de factores de riesgo y variables estudiadas respecto al motivo de no consulta “sentir vergüenza” revela que entre las mujeres con nivel de estudios más elevados no existen mujeres que no consulten por sentir vergüenza, y que los mayores porcentajes de mujeres que no consultan por sentir vergüenza se encuentran entre las mujeres sin estudios. El resto de los factores de riesgo estudiados no tienen relación con sentir vergüenza como motivo de no consulta.

Respecto a los factores de riesgo en relación con las mujeres que no consultan por “pensar que no tiene solución”, ninguna mujer incontinente con altos niveles de formación refiere como motivo de no consulta el “pensar que no tiene solución”. Los mayores porcentajes de no consultar por este motivo se encuentran entre las mujeres sin estudios, siendo estas diferencias estadísticamente significativas.

Entre las mujeres histerectomizadas, un 40% de las mujeres que no consultan refieren que esto es debido a que consideran el proceso como normal (dato en el límite de la significación estadística). Asimismo entre las mujeres con antecedente de enfermedad concomitante hay mayor porcentaje de mujeres que refieren considerar la IU como un proceso normal con respecto a las que no tienen antecedente de enfermedad.

El estado civil se relaciona con el motivo de no consulta “no darle importancia”, siendo entre las solteras más frecuentemente referido con respecto a mujeres de otros estados civiles.

El nivel de formación se relaciona con los motivos de consulta “no darle importancia” y el de “no sentir vergüenza”. Respecto al primero (“no darle importancia”), entre las mujeres con altos niveles de formación es más frecuente no darle importancia comparadas con las mujeres con bajos niveles de formación, que revelan éste como el motivo de no consulta en menos ocasiones. Respecto al segundo (“sentir vergüenza”), las mujeres sin estudios las que refieren más frecuentemente este hecho como limitante a la hora de buscar ayuda con respecto a las mujeres con mayores niveles de formación. También entre las mujeres sin estudios son más frecuentes los pensamientos de no consulta por “pensar que no tiene solución”. No existe relación entre el resto de posibles factores de riesgo estudiados y los distintos motivos de no consulta considerados.

Las mujeres que piensan que la IU es un proceso normal del envejecimiento son principalmente: las que tienen antecedente de histerectomía (40%) y las que refieren enfermedad concomitante (31,6%). A diferencia de otros estudios(253), el parto no se evidencia como factor de riesgo más comunicado entre las mujeres que tienden a considerar el proceso como normal.

6.4.2 MEDIDAS ADOPTADAS FRENTE A LA INCONTINENCIA URINARIA

6.4.2.1. Discusión medidas adoptadas frente a la IU y diferencias de actitud en mujeres que consulta en diferentes entornos y las que no consultan.

Las falsas creencias y percepciones erróneas estudiadas previamente sobre la IU probablemente tienen un efecto negativo en la decisión no sólo de consulta sino también en la decisión de optar por un tratamiento u otro. En muchas ocasiones llevarán a la persona con este problema a tentativas individuales de ajustar su estilo de vida a sus pérdidas urinarias.

Del total de mujeres incontinentes de entre las que se recoge la variable de uso de medidas (sí/no N=224), el 63,8% refieren haber usado alguna medida frente a la IU (N=224). No existe relación entre las mujeres que usan y las que no usan medidas con respecto a la frecuencia o cuantía de pérdida.

Entre las medidas más destacadas se encuentran el uso de compresas (N=101), y absorbentes (N=87), siendo la restricción de consumo de líquidos y los ejercicios de suelo pélvico, por su parte recursos de uso minoritario (N=14 y N=19 respectivamente). Entre las mujeres que usaron absorbentes, la puntuación en esfera de relación social y esferas emocionales es más alta entre las que buscan ayuda y consultan con respecto a aquéllas que únicamente usan absorbentes sin consultar con profesionales. En nuestro trabajo no parece que la actitud de uso de absorbentes, o no, sea diferente entre las mujeres que consultan y tienen distintos grados de afectación en CV, como tampoco lo es entre las mujeres que no consultan, tanto si empleamos el cuestionario IIQ como ICIQ, y por tanto el empleo de absorbentes no se relaciona con el grado de impacto en CV. Estos datos son discordantes a los que parecen mostrar otros estudios(460), en los cuales existiría una relación entre la necesidad de utilizar un mayor número de compresas al día y el impacto en IU.

Entre las pacientes que habían consultado con profesionales (N=74), el 88% (N=65) tomaron medidas. Entre las que no consultaron con profesionales (N=150), el 52% (N=78) tomaron medidas. Estas diferencias son estadísticamente significativas. Por tanto, si bien existe un mayor uso de medidas en general entre las mujeres que consultan con algún profesional, desde el punto de vista de cada medida empleada no existen diferencias estadísticamente significativas entre las que consultan y las que no lo hacen.

En nuestra población a estudio es mayoritaria la opción de usar medidas frente a la IU (63,8%) siendo frecuente el uso de medidas paliativas (absorbentes y compresas). Es más frecuente el uso de medidas entre las pacientes que consultan con profesionales (88%) que entre las que no consultan (50%), pero no existen diferencias de uso de determinadas medidas según se consulte con profesionales o no se haga.

A este respecto merece la pena destacar dos hechos. En primer lugar, respecto a los datos que indican que es más frecuente el uso de medidas entre las que consultan, debemos subrayar no obstante que de esa intervención profesional no se deriva una diferencia de uso de medidas realmente resolutorias (ejercicios de suelo pélvico entre otras), sino todo lo contrario: no existen diferencias de actitud en el uso de medidas paliativas o resolutorias. Ya ciertos estudios evidenciaron cómo algunos de estos profesionales no han ejercido influencia positiva sobre las mujeres incontinentes. Shaw(479) evidenció una falta de intervención médica adecuada frente a mujeres con IU y una falta de comunicación bidireccional entre los pacientes y los profesionales de la salud. Almendro indica que los estereotipos que maneja el profesional de la salud, derivados de sus creencias y experiencias, pueden condicionar la comunicación en consulta, concretamente la cantidad y el tipo de información emitida(496).

En segundo lugar, en relación a la influencia de los profesionales sanitarios en cuanto a predisponer a las pacientes a realizar conductas que favorezcan la resolución del problema, parece que tan sólo se han visto durante el embarazo y puerperio y por parte de ginecólogos y matronas.

Ciertas investigaciones(497) afirman que en la práctica sanitaria una buena comunicación interpersonal médico-paciente ayuda a la toma de decisiones y motivación del usuario. Estos autores relacionan la motivación con una mayor participación en las decisiones, mayor cumplimiento de expectativas de los pacientes y mayor adherencia al tratamiento. Una investigación reciente(494) ha demostrado que un 23% de los urólogos, un 45% de los obstetras y un 40,7% de los médicos generales subestiman los trastornos de micción.

No existen diferencias respecto al uso o no de absorbentes entre las mujeres que consultan con profesional y según la edad de las mujeres. Determinados estudios indican que a medida que aumenta la edad, disminuyó significativamente la probabilidad de ser sometido a historia clínica, tratamiento farmacológico o a evaluación por especialistas, aumentando la prescripción de absorbentes, lo que parece indicar una restricción de las medidas terapéuticas activas y un mayor uso de tratamientos paliativos en las personas de mayor edad(495). En nuestro trabajo no se han establecido diferencias en la recomendación del uso de absorbentes en mujeres de más edad. Tampoco se han establecido diferencias entre el uso de absorbentes y subtipo de IU.

Por otro lado entre el 50% de mujeres que usan medidas sin consultar, tampoco existen diferencias en el uso de medidas concretas en este automanejo. Estudios que van en esta línea son el de Teloken(498), que indicaba que en general el 70,5% de los individuos con problemas de orina utilizaban regularmente estrategias de automanejo para hacer frente a la IU. El de Komorowski indicaba que al otorgar la mujer un significado peyorativo a la IU,

buscan alternativas a nivel personal para lograr adaptación al problema, y que muchas veces éstas son poco adecuadas y poco eficaces(259). El de Visser destacaba que un 57,3% de las mujeres con IU manifestaron que ellas mismas habían encontrado la manera de hacer frente a sus síntomas de incontinencia(456) y el de Wojtowicz evidenciaba que el 89,4% de las mujeres con IU autogestionaban sus pérdidas de orina sin buscar ningún tipo de ayuda(499).

Nuestros resultados muestran datos que relacionan un mayor uso de absorbentes entre las mujeres mayores de 55 años que no consultaron. Asimismo entre las mujeres que no consultan lo más frecuente es usar absorbentes a cualquier edad, por encima del 80% en mujeres por encima de 45 años y del 70% entre mujeres de edad inferior a los 45. Estos resultados se encuentran al límite de la significación estadística.

En nuestro caso parece existir un mayor uso de medidas de absorbentes en mujeres de mayor edad por la tendencia a la estigmatización, resignación o desconocimiento de medidas frente a la IU.

Entre las mujeres que no consultan no existe diferencia en el uso de absorbentes según subtipo de IU. Según cuantía/frecuencia entre las mujeres que no consultaron respecto al uso o no uso de medidas paliativas (absorbentes, compresas, salvasilip, pañales), destacamos que sólo existe una relación entre el mayor uso de compresas según la frecuencia de pérdidas es mayor.

Entre las que sí consultan no existen diferencias entre las que usan o no absorbentes y el grado de afectación en CV según el IIQ o el ICIQ-SF. Tampoco existen diferencias entre las mujeres que no consultan.

Debemos destacar que entre las medidas usadas tanto en mujeres que han consultado y por tanto han contado con una recomendación profesional y las que no lo han hecho y por tanto no son subsidiarias de tales recomendaciones, no existen diferencias estadísticamente significativas respecto al uso de ejercicios de suelo pélvico. Estos hechos son congruentes con datos que ya muestra la bibliografía revisada, en la que estudios realizados evidenciaron cómo algunos de estos profesionales no han ejercido influencia positiva sobre las mujeres incontinentes debido en muchas a la infravaloración de la IU. Así una investigación reciente(494) ha demostrado que un 23% de los urólogos, un 45% de los obstetras y un 40,7% de los médicos generales subestiman los trastornos de micción.

Al fijarnos en la eficacia de los ejercicios de rehabilitación del suelo pélvico como estrategia de tratamiento de la IU, una revisión de Cochrane 2008(500) concluyó que el entrenamiento muscular de suelo pélvico ayuda a reducir cualquier tipo de IU. Otro estudio destacó que la fisioterapia perineal es muy eficaz siempre que exista motivación y constancia por parte de la mujer(501). Asimismo otro estudio(502) también indicaba que las mujeres que hacían

ejercicios de reeducación perineal con ejercicios Kegel de manera continuada, reducían los escapes de orina, aunque el éxito está relacionado con el cumplimiento de estos ejercicios.

Ciertos estudios subrayan que las mujeres conocen los ejercicios de rehabilitación de suelo pélvico como estrategia de solución o mejora de su IU, pero actualmente no los realizan o no persisten en su ejecución(450). Esta falta de continuidad le resta eficacia como estrategia.

Sobre las consecuencias percibidas como positivas de estos ejercicios de rehabilitación de suelo pélvico para la IU, ciertos estudios(503) evidenciaron que el grado de bienestar psicológico de las mujeres con IU aumenta de forma significativa después de la aplicación de un tratamiento de fisioterapia perineal.

Hay estudios que han resaltado esta necesidad de educación, apoyo y supervisión por parte de los profesionales de la salud a las mujeres con IU que han de realizar rehabilitación de suelo pélvico. Hay estudios(501) concluyen que la fisioterapia perineal es muy eficaz siempre y cuando que exista motivación y constancia por parte de la mujer y se aprenda con un fisioterapeuta especializado que esté integrado en un equipo multidisciplinar. En otro estudio(504) comprobaron que un plan de cuidados de enfermeros propuesto a mujeres con IU de suelo pélvico semanales en el centro las mejoró. Asimismo otro estudio(505) evidenció que un programa de ejercicios supervisados, cualquiera que sea su intensidad, ofrece mejoría clínica objetiva y mejor calidad de vida en las mujeres con IUE. La revisión de Cochrane 2008(500) resaltaba que es muy necesario realizar un apoyo constante a las mujeres para asegurar el cumplimiento en la realización de ejercicios.

Otra revisión en 2012 indicaba que el impacto de la rehabilitación en el suelo pélvico es mayor en las mujeres que están supervisadas por un profesional de la salud(503).

Finalmente otra revisión(506) de ese mismo año concluyó que el entrenamiento de los músculos del suelo pélvico es más eficaz cuando se realiza con un fisioterapeuta.

Así pues parece que las mujeres tienen una necesidad de acompañamiento por parte de un profesional especializado para garantizar el cumplimiento y correcta ejecución de los ejercicios de suelo pélvico. El seguimiento y supervisión parece que favorece y refuerza el compromiso de su realización.

Las mujeres de más edad muchas veces no se sienten con capacidad para mantener la constancia en la ejercitación de suelo pélvico. Así pues aparece una autoeficacia baja en relación a la incontinencia ya que sólo algunas se consideran competentes para ello y reconocen que contar con la ayuda y apoyo de un profesional especializado contribuye a reforzarla.

Ciertas investigaciones(497) afirman que en la práctica sanitaria una buena comunicación interpersonal médico-paciente ayuda a la toma de decisiones y motivación del usuario. Estos autores relacionan la motivación con una mayor participación en las decisiones, mayor cumplimiento de expectativas de los pacientes y mayor adherencia al tratamiento.

6.4.2.2. Discusión uso de medidas según distintos entornos socio familiares.

Tanto entre las mujeres que optaron por la toma de alguna medida frente a su IU como aquéllas que no lo hicieron, la actitud más frecuente en cuanto a la comunicación de este problema con entornos sociofamiliares íntimos (familia, pareja, amigos) fue no comunicarlo a ninguno de estos entornos.

Ahora bien, considerando sólo a las mujeres que tomaron medidas (N=143) los entornos con mayor frecuencia de consulta fueron el familiar (22,4%), el de la pareja (15,4%) y el de los amigos (11,9%).

Por su parte, de entre las que no usan ninguna medida (N=81), la distribución por entornos de consulta fue el familiar, seguido de la pareja y amigos (8,6%, 3,7% y 2,5%).

Respecto a cada medida concreta usada, no existen diferencias significativas según el entorno consultado, salvo respecto a la restricción de líquidos. De este modo, entre las que consultan con cualquiera de los entornos sociales (familia, pareja o amigos) hay mayor restricción de líquidos que entre las que no consultan.

Por tanto parece que un factor diferenciador respecto a comunicar el problema de IU frente a no hacerlo es la restricción del consumo de líquidos. Este hecho muestra de nuevo la falta de información y de conocimiento que existe en nuestra sociedad respecto a la IU, dado que esta medida se aconseja y se toma al presuponer que al disminuir la ingesta de líquidos también disminuirán las pérdidas. Frente a esto, es importante destacar que al descender la cantidad de líquidos a ingerir, la vejiga difícilmente se llenará hasta su capacidad fisiológica normal, haciéndose más sensible a volúmenes menores. Además, la disminución en el consumo de líquidos va a provocar sequedad en heces y a favorecer que la persona sea estreñida provocándose una presión sobre la vejiga que no beneficia en nada el proceso. También es bueno aclarar que una ingesta excesiva ocasionará una mayor diuresis y esto tampoco es beneficioso para el proceso. Por tanto, la recomendación debe ir encaminada hacia un consumo moderado pero en ningún caso escaso: en torno al 1-1,5 l/día será suficiente, salvo situaciones de infección de tracto urinario confluyentes en cuyo caso la ingesta debería aumentarse(507). También se les debe explicar que hay líquidos que favorecen la formación de orina (agua, leche, alcohol, infusiones...) y que se debe tener precaución con bebidas gaseosas carbonatadas ya que estimulan la urgencia de la micción.

Por tanto podemos concluir que en nuestro estudio ninguno de los entornos consultados muestra diferencias en la opción de toma de medidas, de modo que ninguno de los entornos evidencia un mayor uso de medidas resolutivas respecto a las paliativas. De hecho, tan sólo es mayor la relación entre el consumo de líquidos en cualquiera de los entornos consultados y ya hemos explicado que ésta es una medida que puede ser contraproducente. Es decir, tan sólo se observan diferencias significativas en mujeres que consultan respecto a las que no consultan en cuanto a la mayor restricción de líquidos, medida que no es resolutiva y que podría resultar contraproducente.

Probablemente estos resultados son una muestra de la escasez de conocimientos que existen a nivel de la población general sobre la incontinencia. También puede deberse a un reflejo de los mensajes publicitarios lanzados sobre la incontinencia que sólo informan de medidas paliativas frente al problema y no predispone al uso de medidas resolutivas.

Existen estudios que también muestran esta falta de beneficio y oportunidad entre las pocas mujeres que sí comunican su problema entre su entorno más íntimo e incluso, a diferencia del nuestro, llegan a encontrar relación con mayor influencia en el uso de determinadas medidas según el entorno consultado, indicando un mayor uso de medidas autoresolutivas entre las mujeres que consultan con entornos más íntimos.

Esta falta de beneficio con respecto a consultar con los distintos entornos se ha evidenciado y es congruente con lo conocido sobre el tema. De este modo un estudio cualitativo(450) muestra la influencia de la mujer que consulta con la familia en la manera de proceder frente a la IU. Pone de manifiesto que la mujer recibe un mensaje de normalidad de sus pérdidas (vinculadas al hecho de ser mujer y envejecer) y por tanto las inclinan más a optar por medidas paliativas de automanejo del problema, como es el uso de protectores y absorbentes. Por tanto aparece que las mujeres de la familia, sobre todo madres, tienen una influencia negativa en relación a predisponerlas a llevar a cabo conductas de resolución de IU.

Incluso este mismo estudio(450) indica que la familia tiene una influencia negativa, en relación a predisponerlas a llevar a cabo conductas de resolución de IU, y que por el contrario animan al uso de medidas paliativas del problema. También es negativa la influencia que según este estudio ofrecen las amigas en cuanto a la normalización (debido a que lo consideran un proceso normal de la edad y de la paridad). Ahora bien comparten con ellas un abordaje más encaminado a la resolución de sus pérdidas de orina, sobre todo la realización de ejercicios de suelo pélvico.

Podemos por tanto determinar un influjo más positivo de las amigas que el que llevan a cabo las mujeres de la familia. Por tanto las amigas tienen un influjo más positivo para predisponerlas a efectuar conductas más resolutivas de su IU.

Por tanto, en nuestro estudio se evidencia que son pocas las mujeres que consultan con sus entornos más íntimos sobre el tema. La distribución de adopción de medidas es más frecuente en el entorno familiar, seguido del de la pareja y amigos en última instancia. A pesar de que se consulte, no existen diferencias de actitud en la toma de las distintas medidas estudiadas, a excepción de un mayor uso de medida autoresolutiva de restricción de líquidos entre cualquiera de los entornos consultados (hecho que como ya se ha indicado puede ser contraproducente), de modo que no se benefician de la posibilidad de usar medidas más resolutivas como los ejercicios de suelo pélvico.

6.4.2.3. Discusión de comportamientos y medidas adoptadas por el médico de familia.

De entre todas las mujeres incontinentes que consultan con algún profesional (N=77), el médico de familia fue el más consultado, de modo que el 66,2% de las mujeres (N=51) comentaron con él su problema de IU. Entre las mujeres que consultan con su médico de AP, no hubo diferencias en la decisión de tomar o no medidas según la frecuencia o cuantía de pérdida.

El 64,7% (N=33) de las mujeres que consultaron con su médico de AP recibieron recomendaciones de medidas frente a su IU. Las medidas más frecuentes fueron derivación a especialista (39,2%), recomendación de uso de fármacos (27,5%), ejercicios de suelo pélvico (25,5%), uso de protectores (19,6%). Llamativo es el dato de que ninguna de las mujeres de nuestra muestra había realizado el ejercicio de la elaboración de diario miccional.

Desde el punto de vista terapéutico predomina en nuestro estudio la derivación directa a especialista, quizá porque pueda existir la consideración de que constituye un problema específico de estos (264,487,488).

El dato de que en un 27,5% de los casos se prescribe un fármaco es congruente con el obtenido en otros estudios. Debería considerarse inadecuada esta actitud sin una correcta valoración previa del problema (508).

Especialmente llamativo es el bajo empleo de las terapias conductuales (ninguna realizó un diario miccional, y tan sólo 1 de cada 4 mujeres realizó ejercicios de suelo pélvico). Estos datos son congruentes con los aportados por otros estudios. Es importante incidir en la necesidad de intervención resolutiva por parte de los médicos de AP con medidas conductuales (entrenamiento vesical, ejercicios suelo pélvico) de contrastada eficacia y con un excelente perfil para ser aplicadas en AP por su bajo coste y riesgo asociado al uso (302).

Las mujeres que consultan con su médico no tienen diferencias estadísticamente significativas a la hora de optar por una medida u otra, incluso entre las que tienen cuantías

y frecuencias de pérdida diferentes. Este hecho sugiere una carencia a la hora de un abordaje, consideración y en definitiva diagnóstico individualizado de las pérdidas, reveladores igualmente del pobre conocimiento e importancia que el médico de familia da a la incontinencia urinaria. Existen estudios(256,257) que ya tratan sobre estas carencias diagnósticas respecto a la IU y muestran que los médicos, en la anamnesis ni preguntan sobre síntomas urinarios ni se esfuerzan en reconocer lo que cada persona siente sobre su IU, dado que obvian este problema.

A este respecto harían falta más estudios que abordaran los procedimientos diagnósticos y pruebas complementarias realizadas por el médico de cabecera entre las mujeres que si consultan por sus pérdidas.

Así pues se observa en nuestro estudio que las medidas adoptadas en las pacientes que consultan con su médico no son las más adecuadas, así como una falta de consideración individualizada de las pérdidas para adaptar dichas opciones terapéuticas. Estos datos son congruentes con los datos de determinados estudios que ya indican que una vez conocido el trastorno de IU, los profesionales a menudo realizan un diagnóstico y tratamientos subóptimos(508)(480).

Por tanto, son necesarias medidas de educación, formación y sensibilización en el ámbito de la AP, especialmente a los médicos de familia.

De la misma forma, creemos adecuado tener en cuenta la necesidad de considerar no una sola modalidad de tratamiento, sino la multimodalidad terapéutica, en la cual se tengan en cuenta todos los factores de riesgo que pueden contribuir a empeorar la IU y que, en definitiva, mejoraran los resultados finales en las mujeres con IU, haciendo de la mejoría algo sólido y persistente. Igualmente, es necesaria la individualización y personalización terapéutica, puesto que cada paciente tendrá una vivencia de su incontinencia y unas repercusiones en sus circunstancias y en definitiva en su CV.

En nuestro trabajo, de todas las mujeres que consultan con su médico (N=51), en el 35,3% de los casos no se sugirió ninguna medida.

Este dato puede contribuir a la prevalencia oculta de la incontinencia, dado que el médico puede que ni siquiera llegue a considerarla, no reconociéndola como una patología tratable. Estudios como el de Rebollo y Espuña, también concluían que las causas de la prevalencia oculta de la IU estaban tanto en que la mujer no manifestaba su problema, como en que el médico no siempre reconoce o contempla pérdidas de orina como un patología tratable(16).

Por tanto, en este caso el médico de familia no ha colaborado en mejorar el problema de salud que presentan las pacientes. Bien porque ni siquiera lo ha considerado

suficientemente importante o bien por falta de formación para su abordaje. Incluso se convierte en un obstáculo. Estos datos también se desprenden de la bibliografía revisada en la cual también hay estudios(498) que han observado que un 27,5% de las mujeres que sufren síntomas de IU buscó tratamiento médico y que, de éstas, sólo el 13,7% fueron tratadas. Esto demuestra que las mujeres subestiman los síntomas pero también que hay una falta de comprensión o negligencia por parte de los profesionales encargados de tratar estos problemas. Otros autores(484) señalaban que el 17,4% de las mujeres que habían consultado al médico su IU habían recibido la indicación de que no era necesario ningún tratamiento, y Minassian(352) evidenció que de 1.366 mujeres con IU sólo el 25% buscaron ayuda: de éstas el 23% recibieron algún tipo de atención y sólo el 12% recibieron atención especializada.

Autores como Grealish(256) o como Horrochs concluyeron que las actitudes y prácticas de algunos profesionales de la salud eran grandes obstáculos para que las mujeres actuaran frente a su IU.

Entre las actitudes que perciben las mujeres respecto a la atención sanitaria recibida se encuentra la falta de escucha activa(509). Un estudio cualitativo(450) indica que la propia actitud de algunos médicos de obviar la IU, obstaculiza la conducta de búsqueda de ayuda. Otros estudios(261) revelan que las mujeres no realizaban ninguna acción por falta de confianza en lo que les puede ofrecer el médico, de hecho muchas mujeres señalaban falta de soluciones eficientes a su IU.

De nuevo nos encontramos ante situaciones en las que una vez conocido el problema se realizan no solo un abordaje (diagnóstico terapéutico) subóptimo, como indican ciertos estudios(508)(480), sino nulo.

Se hace de nuevo necesaria la sensibilización y formación en el ámbito de la AP. Los médicos capacitados para el diagnóstico y tratamiento de la IU pueden llegar a mejorar de manera notoria la CV de muchas mujeres con este problema. Mejorando el conocimiento de los y la actitud frente a la IU, se conseguiría mejorar el enfoque ante un problema que, si bien aparentemente puede resultar irrelevante y sencillo, sin embargo hemos visto en el presente estudio que tiene grandes repercusiones personales, familiares y sociales. En definitiva, la formación continua a través de cursos enfocados en la detección y factores de riesgo de IU, las medidas diagnósticas y el tratamiento apropiado, se convierten en la solución a este problema.

De la misma forma, los médicos de AP podrían convertirse en educadores de la población para, de esta forma, acabar con falsas creencias respecto a la IU. De modo que urge la

necesidad de una mayor educación sobre este tema en la población general para ayudar a disipar mitos y falsas creencias sobre este problema.

En nuestro trabajo debemos también destacar el importante papel del médico de familia. No solo como ya hemos visto desde un papel activo respecto a las medidas a tomar entre las mujeres que con él consultan, sino también respecto a una actitud activa de búsqueda y detección de la incontinencia entre las mujeres que, debido a las distintas motivaciones estudiadas, no consultaran de manera activa y voluntaria con él. Frente a éstas, la atención primaria personalizada de este profesional se muestra como el ámbito de la oportunidad para la detección y el abordaje precoz. De hecho, existen estudios como el realizado por Branch(478) que encontró que el 67% de los médicos de AP mencionaron realizar preguntas sobre IU a sólo el 25% o menos de sus pacientes y, aproximadamente un 50% de los pacientes señalaron que sus médicos nunca les han preguntado sobre la IU o tratado esta enfermedad o referido para un tratamiento especializado.

Otros autores han demostrado que las razones por las que las mujeres con IU no consultan con su médico sus problemas con la orina se deben a la falta de disponibilidad del médico, una intervención médica poco adecuada y la falta de comunicación bidireccional entre los pacientes y los profesionales de la salud(479).

Existen estudios(256,257) que ponen de manifiesto la falta de interés de los propios médicos por la IU. Este desinterés se muestra porque no interrogan sobre ello cuando las atienden por otros motivos y se convierten por tanto en un obstáculo más para la búsqueda de ayuda.

Por tanto, los médicos de familia deben enfatizar la búsqueda de molestias urinarias ya que la mayoría de pacientes con estos problemas no serán capaces de hablar sobre el tema por sí mismos(478). Todo ello implica la necesidad de intervenciones de educación sobre la población general, que permitan la búsqueda de soluciones precoces a este problema. Esto debe partir de una temprana investigación de síntomas de IU en la población en riesgo, tales como los considerados en el presente trabajo, en la que ya se empiecen a manifestar los síntomas de incontinencia. De esta manera se conseguiría en definitiva la mejora de la CV de estas mujeres.

6.5 CONSIDERACIONES Y RECOMENDACIONES FINALES

Frente a la elevada frecuencia de incontinencia urinaria en la mujer detectada en Atención Primaria, se debe potenciar el rol que de este nivel asistencial se puede ofrecer en la detección de IU, adoptando una actitud de búsqueda activa y potenciando los trabajos de investigación para mejorar métodos diagnósticos y de detección no invasivos facilitando así la identificación y tratamiento precoces.

Elaborar programas de intervención que incluyan a las mujeres con los principales factores de riesgo asociados (consumo de alcohol, parto vaginal, edad superior a 45 años y estreñimiento) contribuiría a mejorar el abordaje preventivo y terapéutico de la IU.

A pesar de que la IU supone con frecuencia una afectación en la CV de la mujer del orden de leve-moderada, el 67% de ellas no habían consultado con profesionales por este motivo, generando un problema de infradeclaración e infradiagnóstico y dificultándose el abordaje terapéutico de la misma. Se hacen necesarias campañas de información y programas educativos sencillos que impulsen a la mujer a la búsqueda de ayuda, dando a conocer la IU como un problema de salud presente en la sociedad actual frente al cual existen posibilidades y alternativas de mejora.

Los motivos más habituales de no consulta son “no dar importancia a la IU” o “considerarlo un proceso normal”. Por tanto, el nivel de conocimiento de la mujer frente a su IU es insuficiente y es necesario implementar intervenciones educativas de esta enfermedad en la población. Se deben realizar campañas destinadas especialmente a mujeres con factores de riesgo para el desarrollo de IU y entre aquellas con bajos índices de consulta. De la misma forma sería conveniente reorientar las campañas publicitarias sobre IU hacia medidas terapéuticas disponibles y no únicamente en el empleo de medidas paliativas del tipo absorbentes, como está sucediendo en la actualidad.

Las mujeres consultan poco por su problema de IU. Sólo una de cada tres lo hace, siendo el profesional sanitario más consultado el médico de Atención Primaria. Sin embargo, a pesar de ser este profesional el más consultado, éste no ofrece alternativas terapéuticas óptimas. De hecho, lo más recomendado fue la derivación a atención especializada. Ésto indica la posible consideración desde Atención Primaria de que se trata de un problema específico a resolver por estos especialistas.

La toma de fármacos es también una medida frecuentemente recomendada por este profesional. Ello revela un incorrecto abordaje en primera instancia frente a un problema que precisa previo a cualquier medida terapéutica una valoración clínico-diagnóstica que permita optimizar el tratamiento a seguir.

Tan solo una de cada cuatro mujeres emplea medidas conductuales (entrenamiento vesical o ejercicios de suelo pélvico), medidas de gran eficacia y de excelente perfil aplicadas desde AP.

Frente a esta situación, se hace necesario formar al médico de familia a través de cursos sobre incontinencia que optimicen el conocimiento y manejo de la IU en este nivel, siendo estos profesionales los que predispongan a la mujer a realizar conductas que favorezcan la resolución de su problema.

La IU sigue siendo un tabú en nuestra sociedad actual y existe poca comunicación de su problema por parte de la mujer con incontinencia, siendo un problema poco compartido incluso entre entornos socio-familiar cercano. Prácticamente no existen diferencias en las medidas tomadas entre aquellas mujeres que consultan con estos entornos más íntimos y las que no lo hacen. Se hace evidente el poco conocimiento de la IU en la población general y de las medidas existentes frente a la misma.

7. Conclusiones

1. El 28% de las mujeres que demandaron consulta médica por otro motivo en atención primaria fueron detectadas como incontinentes, siendo el subtipo más frecuente el de Incontinencia Urinaria Mixta (IUM).
2. Los principales factores de riesgo asociados a la Incontinencia Urinaria fueron la edad superior a 45 años, el sobrepeso, los antecedentes de menopausia, cirugía ginecológica, prolapso, parto, estreñimiento y consumo de alcohol. El consumo de fármacos también se asoció con mayor riesgo de incontinencia, sobre todo el consumo de antihistamínicos. La presencia de enfermedades concomitantes, principalmente EPOC y ACV, se relacionaron con el riesgo de incontinencia.
3. El 76% de las mujeres incontinentes referían afectación en su Calidad de Vida (CV) de forma moderada-leve según cuestionario ICIQ-SF, siendo las mujeres mayores de 45 años las que presentaron mayor afectación en CV. Por subtipos de incontinencia, las mujeres con IUM presentaron afectación moderada-severa en CV, mientras que en mujeres con IUE o IUU la afectación fue leve-moderada. El subtipo de IUM fue el que presentó pérdidas de orina de mayor cuantía y más frecuentes, así como una mayor afectación en las actividades de la vida diaria.
4. Según el cuestionario de CV ICIQ-SF el 74% de las mujeres detectadas como incontinentes referían algún grado de afectación en su CV, siendo la afectación leve-moderada la más habitual. Las esferas más afectadas fueron “actividad física”, “capacidad para viajes”, “relaciones sociales” y “estado de ánimo”. Se encontró una peor CV a mayor severidad de IU consecuencia de pérdidas urinarias frecuentes y cuantiosas, siendo las esferas más afectadas en el caso de pérdidas de orina cuantiosas las de “viajes”, “actividades físicas” y “actividades recreativas” y resultando también mayor la afectación en CV en cualquiera de las esferas entre las que tienen pérdidas de orina frecuentes. Las mujeres con IUE no tienen afectación severa en CV, si bien el 80% de las mujeres que refieren afectación severa en CV corresponden al subtipo IUM y sólo el 20% restante a IUU. No se encontraron diferencias en cuanto a la afectación de esferas de CV entre los distintos subtipos de IU.
5. Las mujeres con mayor nivel de formación presentaron menor afectación en CV según el cuestionario ICIQ-SF pero no según el ICIQ. Por su parte, las mujeres con antecedente de enfermedad (sobre todo EPOC o tumores) o las que refieren antecedente de prolapso, muestran una asociación significativa respecto al impacto en su CV. Dentro

de las que obtuvieron puntuaciones severas en el IIQ, la esfera de CV “estado de ánimo” destacó entre las mujeres viudas, las mujeres con bajo nivel de formación y aquéllas con antecedente de histerectomía y/o prolapso. Asimismo, la esfera de “actividades recreativas” obtuvo mayor porcentaje de severidad entre las mujeres con prolapso, entre aquéllas con enfermedades concomitantes y entre las viudas. Otras esferas como la “social” o la de “capacidad para viajar” fueron las más afectadas en mujeres con prolapso.

6. Sólo una de cada tres mujeres con IU consultaron por este motivo con un profesional, siendo el médico de familia el más consultado. Los mayores índices de consulta se dan entre mujeres viudas, con bajos niveles de formación, antecedente de cesárea, estreñimiento y subtipo de incontinencia urinaria mixta. También es mayor la consulta con profesionales cuanto mayor es el impacto en su CV.
7. El 67% de las mujeres con incontinencia urinaria nunca habían consultado con profesionales sanitarios, siendo los principales motivos “no darle importancia” o “considerarlo un proceso normal”. Las mujeres con IUM son las que más consultaron siendo las mujeres con IUE las que consultaron menos. A mayor impacto en la CV, mayor consulta a los profesionales, siendo las variables de viudedad, mayor edad, bajos niveles de formación, antecedentes de cesárea y estreñimiento las que se relacionaron con mayores porcentajes de demanda de ayuda profesional.
8. El 64% de las mujeres con IU tomaron alguna medida, siendo más frecuente esta actitud en las que consultaron con algún profesional que en las que lo hicieron con los entornos socio-familiares. Las medidas de automanejo y paliativas (absorbentes y compresas) fueron las más utilizadas y las opciones resolutivas de ejercitación de suelo pélvico las menos frecuentes, independientemente de que consultaran o no con un profesional.

8. Bibliografía

- (1) Bates P, Bradley WE, Glen E, Griffiths D, Melchior H, Rowan D, et al. Standardization of terminology of lower urinary tract function First and second reports: International Continence Society. *Urology* 1977;9(2):237-241.
- (2) Bates P, Bradley WE, Glen E, Griffiths D, Melchior H, Rowan D, et al. The standardization of terminology of lower urinary tract function. *J Urol* 1979 May;121(5):551-554.
- (3) Bates P, Bradley WE, Glen E, Melchior H, Rowan D, Sterling A, et al. The standardization of terminology of lower urinary tract function. *Eur Urol* 1976;2(6):274-276.
- (4) Abrams P, Blaivas JG, Stanton SL, Andersen JT. Standardisation of terminology of lower urinary tract function. *Neurourol Urodyn* 1988;7(5):403-427.
- (5) Abrams P, Blaivas J, Stanton S, Andersen J. The standardization of terminology of lower urinary tract function. *Br J Obstet Gynaecol* 1990;97(Suppl 6):1-16.
- (6) Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, et al. The standardisation of terminology in lower urinary tract function. Report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn* 2002(; 21):167-178.
- (7) Cardozo L. New developments in the management of stress urinary incontinence. *BJU Int* 2004;94(s1):1-3.
- (8) Ruiz Ramos M. Consenso sobre terminología y conceptos de la función del tracto urinario inferior. Grupo Español de Urodinámica y de SINUG. *Actas Urol Esp* 2005;29(1):16-30.
- (9) DeLancey JO. Anatomy. In: Cardozo L SD, editor. *Textbook of Female Urology and Urogynaecology* London: Isis Medical Media; 2001. p. 112-24.
- (10) International Classification of Functioning, Disability and Health ICDH-2. Disponible en: <http://www.who.int/icidh>.
- (11) Lose G. The Burden of stress urinary incontinence. *Eur Urol Supplements* 2005(4):5-10.
- (12) Dugan E, Roberts CP, Cohen SJ, Preisser JS, Davis CC, Bland DR, et al. Why Older Community-Dwelling Adults Do Not Discuss Urinary Incontinence with Their Primary Care Physicians. *J Am Geriatr Soc* 2001;49(4):462-465.
- (13) Grupo Español de Urodinámica y de SINUG. Consenso sobre terminología y conceptos de la función del tracto urinario inferior. *Actas Urol Esp* 2005; 29:16-30.
- (14) Espuña Pons M. Actualización del documento de consenso sobre incontinencia urinaria en la mujer. Barcelona: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia; 2002.
- (15) Hannestad YS, Rortveit G, Sandvik H, Hunskaar S. A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence: The Norwegian EPICONT Study. *J Clin Epidemiol* 2000;53(11):1150-1157.
- (16) Rebollo Alvarez P, Espuña Pons M. Situación actual del diagnóstico y tratamiento de la incontinencia de orina en España. *Archivos españoles de urología* 2003;56(7):755-774.
- (17) Reimundez G. Incontinencia urinaria, la enfermedad silenciosa. *Rev Esp Econ Salud* 2002(1):27-30.
- (18) Sandvik H, Seim A, Vanvik A, Hunskaar S. A severity index for epidemiological surveys of female urinary incontinence: Comparison with 48-hour pad-weighting tests. *Neurourol Urodyn* 2000;19(2):137-145.
- (19) Herzog AR, Fultz NH. Prevalence and incidence of urinary incontinence in community-dwelling populations. *J Am Geriatr Soc* 1990 Mar;38(3):273-281.

- (20) Hunskaar S, Arnold E, Burgio K, Diokno A, Herzog A, Mallett V. Epidemiology and natural history of urinary incontinence. *International Urogynecology Journal* 2000;11(5):301-319.
- (21) Hellstrom L, Ekelund P, Milsom I, Mellstrom D. The prevalence of urinary incontinence and use of incontinence aids in 85-year-old men and women. *Age Ageing* 1990 Nov;19(6):383-389.
- (22) Nihira MA, Henderson N. Epidemiology of urinary incontinence in women. *Curr Womens Health Rep* 2003 Aug;3(4):340-347.
- (23) Locher JL, Burgio KL, Goode PS, Roth DL, Rodriguez E. Effects of age and causal attribution to aging on health-related behaviors associated with urinary incontinence in older women. *Gerontologist* 2002;42(4):515-521.
- (24) Chiarelli P, Brown W, McElduff P. Leaking urine: prevalence and associated factors in Australian women. *Neurourol Urodyn* 1999;18(6):567-577.
- (25) Møller LA, Lose G, Jørgensen T. Risk factors for lower urinary tract symptoms in women 40 to 60 years of age. *Obstetrics & Gynecology* 2000;96(3):446-451.
- (26) Robles JE. La incontinencia urinaria. *An Sist Sanit Navar* 2006;29(2):219-231.
- (27) Grady D, Brown JS, Vittinghoff E, Applegate W, Varner E, Snyder T, et al. Postmenopausal hormones and incontinence: the heart and estrogen/progestin replacement study. *Obstetrics & Gynecology* 2001;97(1):116-120.
- (28) Hunskaar S, Burgio K, Diokno AC, Herzog AR et al. Epidemiology and Natural History of Urinary Incontinence (UI). *Incontinence 2nd Edition* 2002;3:165-202.
- (29) Sampsel CM, Harlow SD, Skurnick J, Brubaker L, Bondarenko I. Urinary incontinence predictors and life impact in ethnically diverse perimenopausal women. *Obstetrics & Gynecology* 2002;100(6):1230-1238.
- (30) Fultz NH, Herzog AR, Raghunathan TE, Wallace RB, Diokno AC. Prevalence and severity of urinary incontinence in older African American and Caucasian women. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences* 1999;54(6):299-303.
- (31) Treiber U, Hellenhoff P, Hannig C. Dynamic MRI for evaluation of female pelvis in urinary stress incontinence and pelvic organ prolapse. *Eur Urol* 2004;3:2002.
- (32) Hannestad YS, Lie RT, Rortveit G, Hunskaar S. Familial risk of urinary incontinence in women: population based cross sectional study. *BMJ* 2004 Oct 16;329(7471):889-891.
- (33) Subak LL, Richter HE, Hunskaar S. Obesity and Urinary Incontinence: Epidemiology and Clinical Research Update. *J Urol* 2009;182(6):S2-S7.
- (34) Bortolotti A, Bernardini B, Colli E, Di Benedetto P, Giocoli Nacci G, Landoni M, et al. Prevalence and risk factors for urinary incontinence in Italy. *Eur Urol* 2000;37(1):30-35.
- (35) Rortveit G, Daltveit AK, Hannestad YS, Hunskaar S. Age and type-dependent effects of parity on urinary incontinence: The Norwegian EPICONT study. *Obstet Gynecol* 2001;98:1004-1110.
- (36) Hannestad YS, Rortveit G, Daltveit AK, Hunskaar S. Are smoking and other lifestyle factors associated with female urinary incontinence? The Norwegian EPICONT Study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2003;110(3):247-254.
- (37) Mishra GD, Hardy R, Cardozo L, Kuh D. Body weight through adult life and risk of urinary incontinence in middle-aged women: results from a British prospective cohort. *Int J Obes* 2008;32(9):1415-1422.

- (38) Brown JS, Grady D, Ouslander JG, Herzog AR, Varner RE, Posner SF. Prevalence of urinary incontinence and associated risk factors in postmenopausal women. *Obstetrics & Gynecology* 1999;94(1):66-70.
- (39) Deitel M, Stone E, Kassam H, Wilk E, Sutherland D. Gynecologic-obstetric changes after loss of massive excess weight following bariatric surgery. *J Am Coll Nutr* 1988;7(2):147-153.
- (40) Burgio KL, Richter HE, Clements RH, Redden DT, Goode PS. Changes in urinary and fecal incontinence symptoms with weight loss surgery in morbidly obese women. *Obstet Gynecol* 2007 Nov;110(5):1034-1040.
- (41) Subak LL, Wing R, West DS, Franklin F, Vittinghoff E, Creasman JM, et al. Weight loss to treat urinary incontinence in overweight and obese women. *N Engl J Med* 2009;360(5):481-490.
- (42) Wing RR, West DS, Grady D, Creasman JM, Richter HE, Myers D, et al. Effect of weight loss on urinary incontinence in overweight and obese women: results at 12 and 18 months. *J Urol* 2010;184(3):1005-1010.
- (43) Cardozo L, Staskin D. *Textbook of Female Urology and Urogynaecology* 2001. Isis Medical Media.
- (44) Rekers H, Drogendijk A, Valkenburg H, Riphagen F. Urinary incontinence in women from 35 to 79 years of age: prevalence and consequences. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 1992;43(3):229-234.
- (45) Parazzini F, Chiaffarino F, Lavezzari M, Giambanco V. Risk factors for stress, urge or mixed urinary incontinence in Italy. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2003;110(10):927-933.
- (46) Song YF, Zhang WJ, Song J, Xu B. Prevalence and risk factors of urinary incontinence in Fuzhou Chinese women. *Chin Med J (Engl)* 2005 Jun 5;118(11):887-892.
- (47) Hendrix SL, Cochrane BB, Nygaard IE, Handa VL, Barnabei VM, Iglesia C, et al. Effects of estrogen with and without progestin on urinary incontinence. *JAMA* 2005;293(8):935-948.
- (48) Thomas TM, Plymat KR, Blannin J, Meade TW. Prevalence of urinary incontinence. *Br Med J* 1980 Nov 8;281(6250):1243-1245.
- (49) Samuelsson E, Victor A, Svärdsudd K. Determinants of urinary incontinence in a population of young and middle-aged women. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000;79(3):208-215.
- (50) Rortveit G, Daltveit AK, Hannestad YS, Hunskaar S. Urinary incontinence after vaginal delivery or cesarean section. *N Engl J Med* 2003;348:900-907.
- (51) Chaliha C, Digesu A, Hutchings A, Soligo M, Khullar V. Cesarean section is protective against stress urinary incontinence: an analysis of women with multiple deliveries. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2004;111(7):754-755.
- (52) Farrell SA, Allen VM, Baskett TF. Parturition and urinary incontinence in primiparas. *Obstetrics & Gynecology* 2001;97(3):350-356.
- (53) Groutz A, Rimon E, Peled S, Gold R, Pauzner D, Lessing JB, et al. Cesarean section: does it really prevent the development of postpartum stress urinary incontinence? A prospective study of 363 women one year after their first delivery. *Neurourol Urodyn* 2004;23(1):2-6.
- (54) Parente M, Jorge RN, Mascarenhas T, Fernandes A, Martins J. Deformation of the pelvic floor muscles during a vaginal delivery. *International Urogynecology Journal* 2008;19(1):65-71.

- (55) Lien K, Morgan DM, Delancey JO, Ashton-Miller JA. Pudendal nerve stretch during vaginal birth: a 3D computer simulation. *Obstet Gynecol* 2005;192(5):1669-1676.
- (56) Snooks S, Swash M, Henry M, Setchell M. Risk factors in childbirth causing damage to the pelvic floor innervation. *Int J Colorectal Dis* 1986;1(1):20-24.
- (57) Snooks S, Swash M, Mathers S, Henry M. Effect of vaginal delivery on the pelvic floor: a 5-year follow-up. *Br J Surg* 1990;77(12):1358-1360.
- (58) Rortveit G, Daltveit AK, Hannestad YS, Hunskaar S. Vaginal delivery parameters and urinary incontinence: The Norwegian EPICONT study. *Am J Obstet Gynecol* 2003;189:1268-1274.
- (59) Chaliha C, Kalia V, Stanton SL, Monga A, Sultan AH. Antenatal prediction of postpartum urinary and fecal incontinence. *Obstetrics & Gynecology* 1999;94(5, Part 1):689-694.
- (60) Lukacz ES, Lawrence JM, Contreras R, Nager CW, Luber KM. Parity, mode of delivery, and pelvic floor disorders. *Obstet Gynecol* 2006 Jun;107(6):1253-1260.
- (61) Patel DA, Xu X, Thomason AD, Ransom SB, Ivy JS, DeLancey JO. Childbirth and pelvic floor dysfunction: an epidemiologic approach to the assessment of prevention opportunities at delivery. *Obstet Gynecol* 2006;195(1):23-28.
- (62) Connolly TJ, Litman HJ, Tennstedt SL, Link CL, McKinlay JB. The effect of mode of delivery, parity, and birth weight on risk of urinary incontinence. *International Urogynecology Journal* 2007;18(9):1033-1042.
- (63) Eason E, Labrecque M, Marcoux S, Mondor M. Effects of carrying a pregnancy and of method of delivery on urinary incontinence: a prospective cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2004 Feb 19;4(1):4.
- (64) Boyles SH, Li H, Mori T, Osterweil P, Guise JM. Effect of mode of delivery on the incidence of urinary incontinence in primiparous women. *Obstet Gynecol* 2009 Jan;113(1):134-141.
- (65) Brown S, Lumley J. Maternal health after childbirth: results of an Australian population based survey. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 1998;105(2):156-161.
- (66) Arya LA, Jackson ND, Myers DL, Verma A. Risk of new-onset urinary incontinence after forceps and vacuum delivery in primiparous women. *Obstet Gynecol* 2001;185(6):1318-1324.
- (67) Wilson P, Herbison R, Herbison G. Obstetric practice and the prevalence of urinary incontinence three months after delivery. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 1996;103(2):154-161.
- (68) Casey BM, Schaffer JI, Bloom SL, Heartwell SF, McIntire DD, Leveno KJ. Obstetric antecedents for postpartum pelvic floor dysfunction. *Obstet Gynecol* 2005;192(5):1655-1662.
- (69) DeLancey JO. Childbirth, continence, and the pelvic floor. *N Engl J Med* 1993 Dec 23;329(26):1956-1957.
- (70) Allen R, Hosker G, Smith A, Warrell D. Pelvic floor damage and childbirth: a neurophysiological study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 1990;97(9):770-779.
- (71) Glazener CMA, Herbison G, MacArthur C, Lancashire R, McGee M, Grant AM, et al. New postnatal urinary incontinence: obstetric and other risk factors in primiparae. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2006;113(2):208-217.

- (72) Burgio KL, Zyczynski H, Locher JL, Richter HE, Redden DT, Wright KC. Urinary incontinence in the 12-month postpartum period. *Obstetrics & Gynecology* 2003;102(6):1291-1298.
- (73) Groutz A, Gordon D, Keidar R, Lessing JB, Wolman I, David MP, et al. Stress urinary incontinence: prevalence among nulliparous compared with primiparous and grand multiparous premenopausal women. *Neurourol Urodyn* 1999;18(5):419-425.
- (74) Wesnes SL, Rortveit G, Bo K, Hunskaar S. Urinary incontinence during pregnancy. *Obstet Gynecol* 2007 Apr;109(4):922-928.
- (75) Van Brummen HJ, Bruinse HW, van der Bom, Johanna G, Heintz AP, van der Vaart, C Huub. How do the prevalences of urogenital symptoms change during pregnancy? *Neurourol Urodyn* 2006;25(2):135-139.
- (76) Viktrup L, Lose G, Rolf M, Barfoed K. The frequency of urinary symptoms during pregnancy and puerperium in the primipara. *International Urogynecology Journal* 1993;4(1):27-30.
- (77) Hvidman L, Foldspang A, Mommsen S, Nielsen JB. Correlates of urinary incontinence in pregnancy. *International Urogynecology Journal* 2002;13(5):278-283.
- (78) Unemori EN, Amento EP. Relaxin modulates synthesis and secretion of procollagenase and collagen by human dermal fibroblasts. *J Biol Chem* 1990 Jun 25;265(18):10681-10685.
- (79) Mathrubutham M, Aybek Z, Fogarty J, Lee J, Rao S, Badlani G, et al. Plasma elastase regulation in stress urinary incontinence. *International Urogynecology Journal* 1999;10:WE030-WE030.
- (80) Nel J, Diedericks A, Joubert G, Arndt K. A prospective clinical and urodynamic study of bladder function during and after pregnancy. *International Urogynecology Journal* 2001;12(1):21-26.
- (81) Chaliha C, Bland J, Monga A, Stanton S, Sultan A. Pregnancy and delivery: a urodynamic viewpoint. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2000;107(11):1354-1359.
- (82) Lavin J, Smith A, Anderson J, Grant M, Buckley H, Critchley H, et al. The effect of the first pregnancy on the connective tissue of the rectus sheath. *Neurourol Urodyn* 1997;16:27-27.
- (83) Fritel X, Fauconnier A, Levet C, Bénifla J. Stress urinary incontinence 4 years after the first delivery: a retrospective cohort survey. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004;83(10):941-945.
- (84) Viktrup L, Lose G, Rolff M, Barfoed K. The symptom of stress incontinence caused by pregnancy or delivery in primiparas. *Obstetrics & Gynecology* 1992;79(6):945-949.
- (85) Goldberg RP, Kwon C, Gandhi S, Atkuru LV, Sorensen M, Sand PK. Urinary incontinence among mothers of multiples: the protective effect of cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 2003;188(6):1447-1453.
- (86) Peyrat L, Haillot O, Bruyere F, Boutin J, Bertrand P, Lanson Y. Prevalence and risk factors of urinary incontinence in young and middle-aged women. *BJU Int* 2002;89(1):61-66.
- (87) McPherson K, Herbert A, Judge A, Clarke A, Bridgman S, Maresh M, et al. Self-reported bladder function five years post-hysterectomy. *Journal of Obstetrics & Gynecology* 2005;25(5):469-475.
- (88) Brown JS, Sawaya G, Thom DH, Grady D. Hysterectomy and urinary incontinence: a systematic review. *The Lancet* 2000;356(9229):535-539.
- (89) Contreras Ortiz O. Stress Urinary incontinente in the gynecological practice. *Int J Gynecol Obstet* 2004;86(Suppl.1):S6-S16.

- (90) Carey MP, Dwyer PL. Genital prolapse: vaginal versus abdominal route of repair. *Current opinion in Obstetrics and Gynecology* 2001;13(5):499-505.
- (91) MacLennan AH, Taylor AW, Wilson DH, Wilson D. The prevalence of pelvic floor disorders and their relationship to gender, age, parity and mode of delivery. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2000;107(12):1460-1470.
- (92) Dietz H. The aetiology of prolapse. *International Urogynecology Journal* 2008;19(10):1323-1329.
- (93) Jelovsek JE, Maher C, Barber MD. Pelvic organ prolapse. *The Lancet* 2007;369(9566):1027-1038.
- (94) McLennan MT, Harris JK, Kariuki B, Meyer S. Family history as a risk factor for pelvic organ prolapse. *International Urogynecology Journal* 2008;19(8):1063-1069.
- (95) Bradley CS, Kennedy CM, Nygaard IE. Pelvic floor symptoms and lifestyle factors in older women. *Journal of Women's Health* 2005;14(2):128-136.
- (96) Sinha D, Arunkalaivanan A. Prevalence of occult stress incontinence in continent women with severe genital prolapse. *Journal of Obstetrics & Gynecology* 2007;27(2):174-176.
- (97) Espejo Maldonado E, Carmona Salgado M, Tallada Bunuel M, Cozar Olmo JM, Vicente Prados FJ. Stress urinary incontinence. Integral repair of pelvic floor defects. *Arch Esp Urol* 2002 Nov;55(9):1049-1055.
- (98) Olsen AL, Smith VJ, Bergstrom JO, Colling JC, Clark AL. Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Obstetrics & Gynecology* 1997;89(4):501-506.
- (99) Harvey M, Versi E. Predictive value of clinical evaluation of stress urinary incontinence: a summary of the published literature. *International Urogynecology Journal* 2001;12(1):31-37.
- (100) Griffiths D, Kondo A, Bauer S, Diamant N, Liao L, Lose G, et al. *Dynamic testing. Incontinence*. 3rd ed. Plymouth (UK): Health Publications 2005.
- (101) Macotella-Nakagaki KA, del Puerto HS, Valente-Acosta B, Chabat-Manzanera P. Relación entre incontinencia urinaria y prolapso de órganos pélvicos. *Ginecol Obstet Mex* 2013;81:711-715.
- (102) Buchsbaum GM. Urinary incontinence and pelvic organ prolapse. *Minerva Urol Nefrol* 2006 Dec;58(4):311-319.
- (103) Bai S, Jeon M, Kim J, Chung K, Kim S, Park K. Relationship between stress urinary incontinence and pelvic organ prolapse. *International urogynecology journal* 2002;13(4):256-260.
- (104) Sherburn M, Guthrie JR, Dudley EC, O'Connell HE, Dennerstein L. Is incontinence associated with menopause? *Obstetrics & gynecology* 2001;98(4):628-633.
- (105) Hsieh C, Lee M, Lee M, Kuo T, Hsu C, Chang S. Risk factors for urinary incontinence in Taiwanese women aged 20-59 years. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology* 2008;47(2):197-202.
- (106) Dallosso H, McGrother C, Matthews RJ, Donaldson M. The association of diet and other lifestyle factors with overactive bladder and stress incontinence: a longitudinal study in women. *BJU Int* 2003;92(1):69-77.
- (107) Bump RC, McClish DK. Cigarette smoking and urinary incontinence in women. *Obstet Gynecol* 1992;167(5):1213-1218.

- (108) Bø K. Pelvic floor muscle exercise for the treatment of stress urinary incontinence: an exercise physiology perspective. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 1995;6:282-291.
- (109) Bø K, Hagen R, Kvarstein B, Larsen S. Female stress urinary incontinence and participation in different sport and social activities. *Scand J Sports Sci* 1989;11(3):117-121.
- (110) Grosse D. Reeducción del periné: fisioterapia en las incontinencias urinarias. 2001.
- (111) Valancogne G, Caufriez M, De Gasquet B. Rééducation perineologique et pressions dans lénceinte manométrique abdomino-perinéales. *Congrés de la SIFUD*. Lyon 2001.
- (112) Prevalence Urinary Incontinence in Sportswomen vs sedentary women. II Congress of the European Federation of Sports Medicine. *Arch. Med. Deporte*; 2001.
- (113) Stress incontinence in nulliparous sportswomen: an epidemiological inquiry concerning 105 cases. *Annales de Readaptation et de Medecine Physique*: Elsevier; 1998.
- (114) Bø K. Urinary incontinence, pelvic floor dysfunction, exercise and sport. *Sports Medicine* 2004;34(7):451-464.
- (115) Bø K, Stien R, Kulseng-Hanssen S, Kristofferson M. Clinical and urodynamic assessment of nulliparous young women with and without stress incontinence symptoms: a case-control study. *Obstetrics & Gynecology* 1994;84(6):1028-1032.
- (116) Salvatore S, Serati M, Laterza R, Uccella S, Torella M, Bolis PF. The impact of urinary stress incontinence in young and middle-age women practising recreational sports activity: an epidemiological study. *Br J Sports Med* 2009 Dec;43(14):1115-1118.
- (117) Guerra MC. La incontinencia urinaria en la mujer deportista de élite. *Revista Iberoamericana de Fisioterapia y Kinesiología* 2006;9(2):78-89.
- (118) Bø K, Bratland-Sanda S, Sundgot-Borgen J. Urinary incontinence among group fitness instructors including yoga and pilates teachers. *Neurourol Urodyn* 2011;30(3):370-373.
- (119) Nygaard IE. Does prolonged high-impact activity contribute to later urinary incontinence? A retrospective cohort study of female Olympians. *Obstetrics & Gynecology* 1997;90(5):718-722.
- (120) Eliasson K, Edner A, Mattsson E. Urinary incontinence in very young and mostly nulliparous women with a history of regular organised high-impact trampoline training: occurrence and risk factors. *International Urogynecology Journal* 2008;19(5):687-696.
- (121) Nygaard IE, Wacki CG, Saltzman CL. Relationship between foot flexibility and urinary incontinence in nulliparous varsity athletes. *Obstetrics & Gynecology* 1996;87(6):1049-1051.
- (122) Amostegui J. Incontinencia Urinaria en la mujer deportista: fisioterapia. *Archivos de Medicina del Deporte* 1999;16.(74):639-645.
- (123) Calais-Germain B, Raison B. Pilates sin Riesgo. Barcelona, La liebre de Marzo 2011.
- (124) Prather H. Pelvis and sacral dysfunction in sports and exercise. *Phys Med Rehabil Clin N Am* 2000 Nov;11(4):805-36, viii.
- (125) Landi F, Cesari M, Russo A, Onder G, Sgadari A, Bernabei R. Benzodiazepines and the risk of urinary incontinence in frail older persons living in the community. *Clinical Pharmacology & Therapeutics* 2002;72(6):729-734.
- (126) Finkelstein MM. Medical conditions, medications, and urinary incontinence. Analysis of a population-based survey. *Can Fam Physician* 2002 Jan;48:96-101.
- (127) Espuña Pons M. Incontinencia de orina en la mujer. *Med Clin (Bar)*.2003;12:464-472.

- (128) Tsakiris P, Oelke M, Michel MC. Drug-induced urinary incontinence. *Drugs Aging* 2008;25(7):541-549.
- (129) Bravo CV. La incontinencia urinaria como proceso fisiológico del envejecimiento. *Clínicas Urológicas de la Complutense* 2000(8):71.
- (130) Diokno AC, Brock BM, Herzog AR, Bromberg J. Medical correlates of urinary incontinence in the elderly. *Urology* 1990;36(2):129-138.
- (131) Rosenthal AJ, McMurtry CT. Urinary incontinence in the elderly. Often simple to treat when properly evaluated. *Postgrad Med* 1995 May;97(5):109-16, 121.
- (132) Van Oyen H, Van Oyen P. Urinary incontinence in Belgium; prevalence, correlates and psychosocial consequences. *Acta Clin Belg* 2002;57(4):207-218.
- (133) Nelson R, Furner S, Jesudason V. Urinary incontinence in Wisconsin skilled nursing facilities: prevalence and associations in common with fecal incontinence. *J Aging Health* 2001 Nov;13(4):539-547.
- (134) Schmidbauer J, Temml C, Schatzl G, Haidinger G, Madersbacher S. Risk factors for urinary incontinence in both sexes. Analysis of a health screening project. *Eur Urol* 2001 May;39(5):565-570.
- (135) Maggi S, Minicuci N, Langlois J, Pavan M, Enzi G, Crepaldi G. Prevalence rate of urinary incontinence in community-dwelling elderly individuals: the Veneto study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001 Jan;56(1):M14-8.
- (136) Voelker R. International group seeks to dispel incontinence taboo. *JAMA* 1998;280(11):951-953.
- (137) Norton P, Brubaker L. Urinary incontinence in women. *The Lancet* 2006;367(9504):57-67.
- (138) Thom D. Variation in estimates of urinary incontinence prevalence in the community: effects of differences in definition, population characteristics, and study type. *J Am Geriatr Soc* 1998 Apr;46(4):473-480.
- (139) Burgio KL, Matthews KA, Engel BT. Prevalence, incidence and correlates of urinary incontinence in healthy, middle-aged women. *J Urol* 1991 Nov;146(5):1255-1259.
- (140) Thakar R, Stanton S. Regular review: management of urinary incontinence in women. *BMJ* 2000 Nov 25;321(7272):1326-1331.
- (141) Mäkinen J. Urinary incontinence in women EBM Guidelines 2003.
- (142) Alba Romero C, Baena Díez J.M, de Hoyos Alonso M.C, Gorroñogoitia Iturbe A. Actividades preventivas en los mayores. *Aten Primaria* 2003;32(Supl 2):102-20.
- (143) Hunskaar S, Lose G, Sykes D, Voss S. The prevalence of urinary incontinence in women in four European countries. *BJU Int* 2004;93(3):324-330.
- (144) Ouslander JG, Kane RL, Abrass IB. Urinary incontinence in elderly nursing home patients. *JAMA* 1982;248(10):1194-1198.
- (145) Hunskaar S, Ostbye T, Borrie M. Prevalence of urinary incontinence in elderly Canadians with special emphasis on the association with dementia, ambulatory function, and institutionalization. *Norwegian J Epidemiol* 1998;8:177.
- (146) Sgadari A, Topinkova E, Bjornson J, Bernabei R. Urinary incontinence in nursing home residents: a cross-national comparison. *Age Ageing* 1997 Sep;26 Suppl 2:49-54.
- (147) Sahyoun N. The changing profile of nursing home residents: 1985-1997. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics; 2001 Mar. *Aging trends* (4).

- (148) Mohide EA, Pringle DM, Robertson D, Chambers LW. Prevalence of urinary incontinence in patients receiving home care services. *CMAJ* 1988 Nov 15;139(10):953-956.
- (149) Minassian VA, Drutz HP, Al-Badr A. Urinary incontinence as a worldwide problem. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* 2003;82(3):327-338.
- (150) Hunskaar S, Burgio K, Clark A, Lapitan M, Nelson R, Sillen U, et al. Epidemiology of urinary (UI) and faecal (FI) incontinence and pelvic organ prolapse (POP). WHO-ICS International Consultation on Incontinence. 3rd ed. Paris: Health Publications Ltd 2005:255-312.
- (151) Yarnell JW, Voyle GJ, Richards CJ, Stephenson TP. The prevalence and severity of urinary incontinence in women. *J Epidemiol Community Health* 1981 Mar;35(1):71-74.
- (152) Holst K, Wilson PD. The prevalence of female urinary incontinence and reasons for not seeking treatment. *N Z Med J* 1988 Nov 9;101(857):756-758.
- (153) Campbell AJ, Reinken J, McCosh L. Incontinence in the elderly: prevalence and prognosis. *Age Ageing* 1985 Mar;14(2):65-70.
- (154) Vetter N, Jones D, Victor C. Urinary incontinence in the elderly at home. *The Lancet* 1981;318(8258):1275-1277.
- (155) Milne J. Urinary symptoms in older people. *J Int Med Res* 1974;2:25-29.
- (156) Zhu L, Lang J, Wang H, Han S, Huang J. The prevalence of and potential risk factors for female urinary incontinence in Beijing, China. *Menopause* 2008 May-Jun;15(3):566-569.
- (157) Anger JT, Saigal CS, Litwin MS, Urologic Diseases of America Project. The prevalence of urinary incontinence among community dwelling adult women: results from the National Health and Nutrition Examination Survey. *J Urol* 2006;175(2):601-604.
- (158) Hsieh C, Su T, Chang S, Lin S, Lee M, Lee MY. Prevalence of and attitude toward urinary incontinence in postmenopausal women. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2008;100(2):171-174.
- (159) Salinas Casado J, Díaz Rodríguez A, Brenes Bermudez F, Cancelo Hidalgo M, Cuenllas Díaz A, Verdejo Bravo C. Prevalencia de Incontinencia Urinaria en España. *Urod A* 2010 2010;23(1):52-66.
- (160) Botlero R, Urquhart DM, Davis SR, Bell RJ. Prevalence and incidence of urinary incontinence in women: review of the literature and investigation of methodological issues. *International journal of urology* 2008;15(3):230-234.
- (161) Blanco EN, Pérez JC, Álvarez VD, García ML, Bejar PM, Lorente MP. Epidemiología e impacto de la incontinencia urinaria en mujeres de 40 a 65 años de edad en un área sanitaria de Madrid. *Aten Primaria* 2003;32(7):410-414.
- (162) Freire MM, Cougil MS, Diz PG, Paternain MV, Ramos MB, Ramos FC. Estudio de prevalencia de incontinencia urinaria en mujeres de 18 a 65 años y su influencia en la calidad de vida. *Aten Primaria* 2004;34(3):134-139.
- (163) Flores Sánchez G, Freijo Gutiérrez V, Pastor Pinazo R, Muñoz Moreno M, Barrio Ibáñez M, Castilla Cubero J, et al. Estudio epidemiológico de la incontinencia urinaria femenina en edad laboral. *Rehabilitación* 2004;38(4):162-167.
- (164) Ballester A, Mínguez M, Herreros B, Hernández V, Sanchiz V, Benages A. Prevalencia de la incontinencia anal y urinaria silentes en mujeres de la ciudad de Teruel. *Revista Española de Enfermedades Digestivas* 2005;97(2):78-86.

- (165) Martínez-Escoriza J, Lone C, Cruz A, Gómez-Sirvent M, Cánovas J. Prevalencia de la incontinencia urinaria en la población femenina atendida en el área sanitaria de Alicante. *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia* 2006;33(5):172-176.
- (166) de Enciso MS, Seijas EV, Silva, María del Carmen López, Fernández, María del Carmen Rodríguez. Incontinencia urinaria y mujer: un problema frecuente y olvidado. *Medicina general* 2006(91):790-793.
- (167) Damián J, Martín-Moreno JM, Lobo F, Bonache J, Cerviño J, Redondo-Márquez L, et al. Prevalence of urinary incontinence among Spanish older people living at home. 1998.
- (168) Sánchez González R, Ruperez Cordero O, Delgado Nicolás M, Mateo Fernández R, Hernando Blázquez M. Prevalencia de incontinencia urinaria en la población mayor de 60 años atendida en atención primaria. *Aten Primaria* 1999;24:421-424.
- (169) Gavira Iglesias FJ, Caridad y Ocerin JM, Perez del Molino Martin J, Valderrama Gama E, Lopez Perez M, Romero Lopez M, et al. Prevalence and psychosocial impact of urinary incontinence in older people of a Spanish rural population. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2000 Apr;55(4):M207-14.
- (170) Dios-Diz J, Rodríguez-Lama M, Martínez-Calvo J, Rodríguez-Pérez C, Melero-Brezo M, García-Cepeda J. Prevalencia de la incontinencia urinaria en personas mayores de 64 años en Galicia. *Gaceta Sanitaria* 2003;17(5):409-411.
- (171) Pastor MZ, Rodríguez-Laso A. Prevalencia de la incontinencia urinaria y factores asociados en varones y mujeres de más de 65 años. *Atención primaria* 2003;32(6):337-342.
- (172) Iglesias FG, Caridad J, Muñoz JG, Pérez ML, López MR, Aranguren MP. Seguimiento durante 5 años de la incontinencia urinaria en los ancianos de una población rural española. *Atención primaria* 2005;35(2):67-74.
- (173) Martínez Agulló E, Ruiz Cerdá JL, Gómez Pérez L, Ramírez Backhaus M, Delgado Oliva F, Rebollo P, et al. Prevalencia de incontinencia urinaria y vejiga hiperactiva en la población española: Resultados del estudio EPICC. *Actas Urológicas Españolas* 2009;33(2):159-166.
- (174) Espuña-Pons M, Brugulat Guiteras P, Costa Sampere D, Medina Bustos A, Mompart Penina A. Prevalencia de incontinencia urinaria en Cataluña. *Medicina clínica* 2009;133(18):702-705.
- (175) Bretones Alcaraz J, Pino Pino Md, Garcia Vilchez M, Fajardo Cabrerizo M, Sáez García J, Ortega López I. Incontinencia urinaria en mujeres en edad adulta: estudio descriptivo en una población rural. *Atención primaria* 1997;20:45-48.
- (176) Viana-Zulaica C. Incontinencia urinaria en la mujer. Guías clínicas de Fisterra.com.A Coruña., Casitérides.SL: <http://www.fisterra.com/guias2/incontinencia.asp> 2005.
- (177) González-Quevedo Gómez C. Prevalencia y demanda de asistencia sanitaria en mujeres con incontinencia urinaria en el ámbito laboral. *REDUCA (Enfermería, Fisioterapia y Podología)* 2010;2(1).
- (178) Damián J, Brenes F, Pastor-Barriuso R, Salinas J. Estimación de la Prevalencia de Incontinencia Urinaria en España a partir de Estudios Publicados Recientes. LXXII Congreso Nacional de Urología, Barcelona 13-16 junio (2008).
- (179) Milsom I, Altman D, Lapitan M, Nelson R, Sillen U, Thom D. Epidemiology of urinary and fecal incontinence and pelvic organ prolapse. Incontinence.4th ed.Paris: Health Publication 2009:64-78.

- (180) Cerruto MA, D'Elia C, Aloisi A, Fabrello M, Artibani W. Prevalence, incidence and obstetric factors' impact on female urinary incontinence in Europe: a systematic review. *Urol Int* 2013;90(1):1-9.
- (181) Hampel C, Artibani W, Pons ME, Haab F, Jackson S, Romero J, et al. Understanding the burden of stress urinary incontinence in Europe: a qualitative review of the literature. *Eur Urol* 2004;46(1):15-27.
- (182) Velázquez-Magaña M, Aguirre-Ramos G, Álvarez-Valero R, Méndez-González JA, González-Cofrades J. Incontinencia urinaria en mujeres del Distrito Federal. *Ene* 2007;52(1):14-21.
- (183) López M, Ortiz AP, Vargas R. Prevalence of urinary incontinence and its association with body mass index among women in Puerto Rico. *Journal of Women's Health* 2009;18(10):1607-1614.
- (184) Ham E, Choi H, Seo J, Kim H, Palmer MH, Kim I. risk factors for female urinary incontinence among middle-aged Korean women. *Journal of Women's Health* 2009;18(11):1801-1806.
- (185) Markland AD, Richter HE, Fwu C, Eggers P, Kusek JW. Prevalence and trends of urinary incontinence in adults in the United States, 2001 to 2008. *J Urol* 2011;186(2):589-593.
- (186) Nygaard I, Barber MD, Burgio KL, Kenton K, Meikle S, Schaffer J, et al. Prevalence of symptomatic pelvic floor disorders in US women. *JAMA* 2008;300(11):1311-1316.
- (187) Buckley BS, Lapitan MCM. Prevalence of urinary incontinence in men, women, and children—current evidence: findings of the Fourth International Consultation on Incontinence. *Urology* 2010;76(2):265-270.
- (188) Melville JL, Katon W, Delaney K, Newton K. Urinary incontinence in US women: a population-based study. *Arch Intern Med* 2005;165(5):537.
- (189) Espino DV, Palmer RF, Miles TP, Mouton CP, Wood RC, Bayne NS, et al. Prevalence, incidence, and risk factors associated with hip fractures in community-dwelling older Mexican Americans: results of the Hispanic EPESE study. *Establish Population for the Epidemiologic Study for the Elderly. J Am Geriatr Soc* 2000;48(10):1252.
- (190) Huang A, Thom D, Kanaya A, Wassel-Fyr C, Van den Eeden S, Ragins A, et al. Urinary incontinence and pelvic floor dysfunction in Asian-American women. *Obstet Gynecol* 2006;195(5):1331.
- (191) Minassian VA, Stewart WF, Wood GC. Urinary incontinence in women: variation in prevalence estimates and risk factors. *Obstetrics & Gynecology* 2008;111(2, Part 1):324-331.
- (192) Hu T. Impact of Urinary Incontinence on Health-Care Costs. *J Am Geriatr Soc* 1990;38(3):292-295.
- (193) Newman DK. How much society pays for urinary incontinence. *Ostomy Wound Manage* 1997 Jan-Feb;43(1):18-20, 22, 24-5.
- (194) Hu T. Economic and public policy issues of urinary incontinence. Kellogg Internacional Work Group of the management of urinary incontinence of the elderly. Tolouse (France) 1987.
- (195) Fernández-López J. Estudios de calidad de vida en Atención Primaria. Biblioteca Básica Dupont Pharma para médicos de Atención Primaria (VI) 1999:69-89.
- (196) Liberman JN, Hunt TL, Stewart WF, Wein A, Zhou Z, Herzog AR, et al. Health-related quality of life among adults with symptoms of overactive bladder: results from a US

- community-based survey. *Urology* 2001;57(6):1044-1050.
- (197) Reig A, Bordes P. La calidad de vida en la atención sanitaria. Tratado de epidemiología clínica 1995.
- (198) Schultz SE, Kopec JA. Impact of chronic conditions. *Health Rep* 2003 Aug;14(4):41-53.
- (199) Bermúdez FB, Olmo JC, Fuertes ME, Ledesma AF, García JM. Criterios de derivación en incontinencia urinaria para atención primaria. *Atención Primaria* 2013;45(5):263-273.
- (200) Donovan J BR. Symptoms and quality of life assessment .A. Incontinence 3rd International Consultation on Urinary Incontinence Plymbridge Mass: Health Publication Ltd 2005;ISBN 0-9546956-2-3.
- (201) National Institute for Health and Clinical Excellence. Urinary Incontinence: the management of urinary incontinence in women. Clinical Guideline 40 London: NICE 2006;Disponible en: www.nice.org.uk/CG040.
- (202) Kelleher C. Quality of life and urinary incontinence. En: Cardozo L, Staskin D, editores. Textbook of female urology and urogynecology. United Kingdom: Isis Medical Media Ltd 2001:47-58.
- (203) Pascual MA. Prevalencia y calidad de vida. *Prog Obstet Ginecol* 2002;45(Supl. 1):2-9.
- (204) Abrams P, Kelleher CJ, Kerr LA, Rogers RG. Overactive bladder significantly affects quality of life. *Am J Manag Care* 2000 Jul;6(11 Suppl):S580-90.
- (205) Martínez Saura F, Fouz López C, Gil Díaz P, Téllez Martínez-Fornés M. Incontinencia urinaria: una visión desde atención primaria. *Medifam* 2001;11(2):25-40.
- (206) Ozerdogan N, Beji NK, Yalcin O. Urinary incontinence: its prevalence, risk factors and effects on the quality of life of women living in a region of Turkey. *Gynecol Obstet Invest* 2004;58(3):145-150.
- (207) Espuña M, Salinas J. Tratado de uroginecología e incontinencia urinaria. Barcelona. Medicina STM editores 2004.
- (208) Wagner TH PD. Quality of life in persons with urinary incontinence, development of a new measure. *Urology* 1996;47:67-72.
- (209) Badía X, Castro D, Conejero J. Validez del cuestionario King's Health Questionnaire para la evaluación de la calidad de vida de los pacientes con incontinencia urinaria. *Med Clin (Barc)* 2000;114:647-652.
- (210) Seim A, Sivertsen B, Eriksen BC, Hunskaar S. Treatment of urinary incontinence in women in general practice. *BMJ* 1996;312:1459-62.
- (211) Foldspang A, Mommsen S. The International Continence Society (ICS) incontinence definition: is the social and hygienic aspect appropriate for etiologic research?. *J Clin Epidemiol* 1997;50(9):1055-1060.
- (212) Oh S, Ku JH. Does condition-specific quality of life correlate with generic health-related quality of life and objective incontinence severity in women with stress urinary incontinence? *Neurourol Urodyn* 2006;25(4):324-329.
- (213) Donovan J, Badia X, Corcos J, Gotoh M, Kelleher C, Naughton M, et al. Symptom and quality of life assessment. *Incontinence* 2002;1:521-584.
- (214) Espuña M, Rebollo P, Puig M. Validación de la versión española del ICIQ-IU SF. Un cuestionario para evaluar la incontinencia urinaria. *Med Clin (Barc)* 2004;122: 288.
- (215) Kelleher C, Cardozo L, Khullar V, Salvatore S. A new questionnaire to assess the quality of

- life of urinary incontinent women. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 1997;104(12):1374-1379.
- (216) Espuña-Pons M, Dilla T, Castro D, Carbonell C, Casariego J, Puig-Clota M. Analysis of the value of the ICIQ-UI SF questionnaire and stress test in the differential diagnosis of the type of urinary incontinence. *Neurourol Urodyn* 2007;26(6):836-841.
- (217) Espuña M, Díaz CD, Carbonell C, Dilla T. Comparación entre el cuestionario "ICIQ-UI Short Form" y el "King's Health Questionnaire" como instrumentos de evaluación de la incontinencia urinaria en mujeres. *Actas Urológicas Españolas* 2007;31(5):502-510.
- (218) Espuña Pons M, Puig Clota M. Síntomas del tracto urinario inferior en la mujer y afectación de la calidad de vida: Resultados de la aplicación del King's Health Questionnaire. *Actas Urológicas Españolas* 2006;30(7):684-691.
- (219) Dooley Y, Lowenstein L, Kenton K, FitzGerald M, Brubaker L. Mixed incontinence is more bothersome than pure incontinence subtypes. *International Urogynecology Journal* 2008;19(10):1359-1362.
- (220) Herrera Pérez A, Arriagada Hernández J, González Espinoza C, Leppe Zamora J, Herrera Neira F. Calidad de vida y función sexual en mujeres postmenopáusicas con incontinencia urinaria. *Actas urológicas españolas* 2008;32(6):624-628.
- (221) Pons ME, Clota MP. Coital urinary incontinence: impact on quality of life as measured by the King's Health Questionnaire. *International Urogynecology Journal* 2008;19(5):621-625.
- (222) Kang Y, Phillips LR, Kim SS. Incontinence quality of life among Korean-American women. *Urol Nurs* 2010 Mar-Apr;30(2):130-6.
- (223) Tennstedt SL, Fitzgerald MP, Nager CW, Xu Y, Zimmern P, Kraus S, et al. Quality of life in women with stress urinary incontinence. *International Urogynecology Journal* 2007;18(5):543-549.
- (224) Arañó P, Rebollo P, Alsina DG. Afectación de la calidad de vida relacionada con la salud en mujeres con Incontinencia Urinaria Mixta. *Actas Urológicas Españolas* 2009;33(4):410-415.
- (225) Frick AC, Huang AJ, Van Den Eeden, Stephen K, Knight SK, Creasman JM, Yang J, et al. Mixed urinary incontinence: greater impact on quality of life. *J Urol* 2009;182(2):596-600.
- (226) Kraus SR, Markland A, Chai TC, Stoddard A, FitzGerald MP, Leng W, et al. Race and ethnicity do not contribute to differences in preoperative urinary incontinence severity or symptom bother in women who undergo stress incontinence surgery. *Obstet Gynecol* 2007;197(1):92-96.
- (227) Lewicky-Gaupp C, Brincat C, Trowbridge ER, DeLancey JO, Guire K, Patel DA, et al. Racial differences in bother for women with urinary incontinence in the Establishing the Prevalence of Incontinence (EPI) study. *Obstet Gynecol* 2009;201(5):510. e1-510. e6.
- (228) Fritel X, Varnoux N, Zins M, Breart G, Ringa V. Symptomatic pelvic organ prolapse at midlife, quality of life, and risk factors. *Obstet Gynecol* 2009 Mar;113(3):609-616.
- (229) Sung VW, West DS, Hernandez AL, Wheeler TL, Myers DL, Subak LL. Association between urinary incontinence and depressive symptoms in overweight and obese women. *Obstet Gynecol* 2009;200(5):557-562.
- (230) Richter HE, Kenton K, Huang L, Nygaard I, Kraus S, Whitcomb E, et al. The impact of obesity on urinary incontinence symptoms, severity, urodynamic characteristics and quality of life. *J Urol* 2010;183(2):622-628.

- (231) Srikrishna S, Robinson D, Cardozo L, Cartwright R. Experiences and expectations of women with urogenital prolapse: a quantitative and qualitative exploration. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2008;115(11):1362-1368.
- (232) Azuma R, Murakami K, Iwamoto M, Tanaka M, Saita N, Abe Y. Prevalence and risk factors of urinary incontinence and its influence on the quality of life of Japanese women. *Nurs Health Sci* 2008 Jun;10(2):151-158.
- (233) O'Dell KK, Jacelon C, Morse AN. I'd rather just go on as I am'pelvic floor care preferences of frail, elderly women in residential care. *Urol Nurs* 2008;28:36-47.
- (234) Honório MO, Santos, Silvia Maria Azevedo dos. Incontinência urinária e envelhecimento: impacto no cotidiano e na qualidade de vida. *Rev Bras Enferm* 2009;62(1):51-56.
- (235) Kocaöz S, Talas MS, Atabekoğlu CS. Urinary incontinence in pregnant women and their quality of life. *J Clin Nurs* 2010;19(23-24):3314-3323.
- (236) Pauls RN, Occhino JA, Dryfhout VL. Effects of pregnancy on female sexual function and body image: a prospective study. *The journal of sexual medicine* 2008;5(8):1915-1922.
- (237) Zielinski R, Low LK, Tumbarello J, Miller JM. Body image and sexuality in women with pelvic organ prolapse. *Urol Nurs* 2009 Jul-Aug;29(4):239-246.
- (238) Muller N. Pelvic organ prolapse: a patient-centred perspective on what women encounter seeking diagnosis and treatment. *Australian & New Zealand Continence Journal* 2010;16(3).
- (239) Oh HS, Kim MK, Seo WS. Effectiveness of a behavioral intervention program for urinary incontinence in a community setting. *Taehan Kanho Hakhoe Chi* 2005 Dec;35(8):1476-1484.
- (240) Jelovsek JE, Barber MD. Women seeking treatment for advanced pelvic organ prolapse have decreased body image and quality of life. *Obstet Gynecol* 2006;194(5):1455-1461.
- (241) Zeznock DE, Gilje FL, Bradway C. Living with urinary incontinence: experiences of women from 'The last frontier'. *Urol Nurs* 2009;29(3):157-163.
- (242) Melville JL, Delaney K, Newton K, Katon W. Incontinence severity and major depression in incontinent women. *Obstet Gynecol* 2005 Sep;106(3):585-592.
- (243) Bradway C, Strumpf N. Seeking care: women's narratives concerning long-term urinary incontinence. *Urol Nurs* 2008;28(2):123-129.
- (244) Ruíz LG, Sánchez LG, Aranda IC, González JVA, Pérez GS, Egea LG. Trabajando la Incontinencia Urinaria en Atención Primaria: satisfacción, sexualidad y cumplimiento terapéutico. *Archivos Españoles de Urología* 2007;60(6):625-632.
- (245) Higa R, Lopes, Maria Helena Baena de Mores, Turato ER. Psychocultural meanings of urinary incontinence in women: a review. *Rev Lat Am* 2008;16(4):779-786.
- (246) BRENES FJ. Vejiga Hiperactiva. Abordaje en Atención Primaria. Pautas Diagnósticas y terapéuticas. Cuadernos Multidisciplinares de Vejiga Hiperactiva. SANED(MADRID) 2007:39-55.
- (247) Sanchez de Enciso Ruiz M, Vazquez Seijas E. Incontinencia Urinaria y Mujer. *Sociedad Española de Medicina General (SEMG)* 2006;91:790-793.
- (248) Temml C, Haidinger G, Schmidbauer J, Schatzl G, Madersbacher S. Urinary incontinence in both sexes. *Neurourol Urodyn* 2000;19:259-271.
- (249) O'Donnell M, Lose G, Sykes D, Voss S, Hunskaar S. Ayuda de Búsqueda de Factores de comportamiento y asociados entre las mujeres con Incontinencia Urinaria en Francia, Alemania, España y el Reino Unido. *Eur Urol* 2005;47(3):385-92.

- (250) Hägglund D, Wadensten B. Fear of humiliation inhibits women's care-seeking behaviour for long-term urinary incontinence. *Scand J Caring Sci* 2007;21(3):305-312.
- (251) Hägglund D, Ahlström G. The meaning of women's experience of living with long-term urinary incontinence is powerlessness. *J Clin Nurs* 2007;16(10):1946-1954.
- (252) Hägglund D, Olsson H, Leppert J. Urinary incontinence: an unexpected large problem among young females. Results from a population-based study. *Fam Pract* 1999 Oct;16(5):506-509.
- (253) Melville JL, Wagner LE, Fan M, Katon WJ, Newton KM. Women's perceptions about the etiology of urinary incontinence. *Journal of Women's Health* 2008;17(7):1093-1098.
- (254) Andersson G, Johansson J, Nilsson K, Sahlberg-Blom E. Accepting and adjusting: older women's experiences of living with urinary incontinence. *Urol Nurs* 2008;28(2):115-121.
- (255) Basu M, Duckett J. Barriers to seeking treatment for women with persistent or recurrent symptoms in urogynaecology. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2009;116(5):726-730.
- (256) Grealish M, O'Dowd TC. General practitioners and women with urinary incontinence. *Br J Gen Pract* 1998 Feb;48(427):975-977.
- (257) Horrocks S, Somerset M, Stoddart H, Peters TJ. What prevents older people from seeking treatment for urinary incontinence? A qualitative exploration of barriers to the use of community continence services. *Fam Pract* 2004 Dec;21(6):689-696.
- (258) Bradway CW, Barg F. Developing a cultural model for long-term female urinary incontinence. *Soc Sci Med* 2006;63(12):3150-3161.
- (259) Komorowski L, Chen B. Female urinary incontinence in China: experiences and perspectives. *Health Care Women Int* 2006;27(2):169-181.
- (260) Higa R, Lopes, Maria Helena Baena de Moraes. The impact of urinary incontinence on female nursing personnel. *Rev Bras Enferm* 2007;60(2):213-216.
- (261) Ferri Morales A, Melgar de Corral G, Avendaño Coy J, Puchades Belenguer M, Torres Costoso A. Estudio cualitativo sobre el proceso de búsqueda de la salud de la incontinencia urinaria en la mujer. *Revista Iberoamericana de Fisioterapia y Kinesiología* 2003;6(2):74-80.
- (262) Díaz DC, Robert JP. Urología en atención primaria. 2001;3(1):34-45
- (263) Vinker S, Kaplan B, Nakar S, Samuels G, Shapira G, Kitai E. Urinary incontinence in women: prevalence, characteristics and effect on quality of life. A primary care clinic study. *Imaj-Ramat Gan* 2001;3(9):663-666.
- (264) Gavira FJ, Perez del Molino J, Valderrama E, Caridad JM et al. Comunicación, diagnóstico y tratamiento de la incontinencia urinaria en los ancianos de una zona básica de salud. *Aten Primaria* 2001;29:97-104.
- (265) O'Donnell M, Virktrup I, Hunskaar S. El papel de los médicos generales en el manejo inicial de las mujeres con incontinencia urinaria. *Eur J Gen Pract* 2007;14(1):20-6.
- (266) Sampsel CM, Miller et cols. Effect on pelvic muscle exercise on transient incontinence during pregnancy and after Birth. *Obstet* 1998;91:406-12.
- (267) Abizanda M, Brenes F, Carbonell C, Vila M. Manual de diagnóstico y tratamiento de la incontinencia urinaria en atención primaria. Madrid Jarpyo Ed 2002.
- (268) EAU guidelines on urinary incontinence. 27th EAU annual congress, Paris; 2012.
- (269) Schröder A, Abrams P, Andersson K, Artibani W, Chapple C, Drake M, et al. Guidelines on

Urinary Incontinence European Association of Urology 2010.

(270) Schröder A, Abrams P, Andersson KE, Artibani W, Chapple CR, Drake MJ, et al. Guidelines on Urinary Incontinence. European Association of Urology 2010.

(271) Abrams P, Andersson K, Birdler L, Brubaker L, Cardozo L, Chapple C, et al. Fourth International Consultation on Incontinence Recommendations of the International Scientific Committee: Evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse, and fecal incontinence. *Neurourol Urodyn* 2010;29(1):213-240.

(272) DuBeau CE. Treatment of urinary incontinence. UpToDate 2012.

(273) Holroyd-Leduc JM, Tannenbaum C, Thorpe KE, Straus SE. What type of urinary incontinence does this woman have? *JAMA* 2008;299(12):1446-1456.

(274) Glazener C, Lapitan M. Investigaciones urodinámicas para el tratamiento de la incontinencia urinaria en adultos. 2002.

(275) Thüroff J, Abrams P, Andersson K, Artibani W, Chapple C, Drake M, et al. Guías EAU sobre incontinencia urinaria. *Actas urológicas españolas* 2011;35(7):373-388.

(276) National Institute for Health and Clinical Excellence. Urinary Incontinence: the management of urinary incontinence in women Clinical Guideline 40 London: NICE; 2006; Disponible en www.nice.org.uk/CG040.

(277) Greer JA, Smith AL, Arya LA. Pelvic floor muscle training for urgency urinary incontinence in women: a systematic review. *International urogynecology journal* 2012;23(6):687-697.

(278) Fader M, Cottenden AM, Getliffe K. Absorbent products for moderate-heavy urinary and/or faecal incontinence in women and men. The Cochrane Library 2008.

(279) Shamliyan TA, Kane RL, Wyman J, Wilt TJ. Systematic review: randomized, controlled trials of nonsurgical treatments for urinary incontinence in women. *Ann Intern Med* 2008;148(6):459-473.

(280) Hay-Smith J, Mørkved S, Fairbrother KA, Herbison GP. Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;4.

(281) Hay-Smith EJC, Herderschee R, Dumoulin C, Herbison GP. Comparisons of approaches to pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women. The Cochrane Library 2011.

(282) Wallace SA, Roe B, Williams K, Palmer M. Bladder training for urinary incontinence in adults. The Cochrane Library 2004.

(283) Cardozo L, Chapple C, Toozs-Hobson P, Grosse-freese M, Bulitta M, Lehmacher W, et al. Efficacy of trospium chloride in patients with detrusor instability: a placebo-controlled, randomized, double-blind, multicentre clinical trial. *BJU Int* 2000;85(6):659-664.

(284) Malone-Lee JG, Walsh JB, Maugourd M, Tolterodine in the Elderly Study Group. Tolterodine: a safe and effective treatment for older patients with overactive bladder. *J Am Geriatr Soc* 2001;49(6):700-705.

(285) Andersson KE, Chapple CR, Cardozo L, Cruz F, Hashim H, Michel MC, et al. Pharmacological treatment of overactive bladder: report from the International Consultation on Incontinence. *Curr Opin Urol* 2009 Jul;19(4):380-394.

(286) Nabi G, Cody J, Ellis G, Herbison P, Hay-Smith J. Fármacos anticolinérgicos versus placebo para el síndrome de vejiga hiperactiva en adultos. *Fármacos* 2009.

- (287) Hay-Smith J, Herbison P, Ellis G, Morris A. Fármacos anticolinérgicos para el tratamiento sintomático de la vejiga hiperactiva en adultos (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4.
- (288) Fantl JA, Wyman JF, McClish DK, Harkins SW, Elswick RK, Taylor JR, et al. Efficacy of bladder training in older women with urinary incontinence. *JAMA* 1991;265(5):609-613.
- (289) Berghmans L, Hendriks H, De Bie R, Van Waalwijk E, Doorn V, Bø K, et al. Conservative treatment of urge urinary incontinence in women: a systematic review of randomized clinical trials. *BJU Int* 2000;85(3):254-263.
- (290) Hay-Smith J, Bo K, Berghmans B, Hendriks E, de Bie R, van Waalwijk van Doorn, Ernst. Pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women. *The Cochrane Library* 2001.
- (291) Hay-Smith EJ, Bo K, Berghmans LC, Hendriks HJ, de Bie RA, van Waalwijk van Doorn ES. withdrawn: Pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev* 2007 Jul 18;(1):14-21.
- (292) Cardozo L, Lose G, McClish D, Versi E. A systematic review of the effects of estrogens for symptoms suggestive of overactive bladder. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004;83(10):892-897.
- (293) Ashton-Miller JA, DeLancey JO. Functional anatomy of the female pelvic floor. *Ann N Y Acad Sci* 2007;1101(1):266-296.
- (294) DeLancey JO. Structural support of the urethra as it relates to stress urinary incontinence: the hammock hypothesis. *Obstet Gynecol* 1994;170(6):1713-1723.
- (295) Álvarez-Bandrés S, Hualde-Alfaro A, Jiménez-Calvo J, Cebrián-Lostal J, Jiménez-Parra J, García-García D, et al. Complicaciones de la cirugía de incontinencia urinaria femenina con minicintas. *Actas Urológicas Españolas* 2010;34(10):893-897.
- (296) Evaluación en Atención Primaria de la incontinencia urinaria. *Urología en Atención Primaria: Manual de algoritmos diagnóstico-terapéuticos*; 2012.
- (297) Landefeld CS, Bowers BJ, Feld AD, Hartmann KE, Hoffman E, Ingber MJ, et al. National Institutes of Health State-of-the-Science Statement: Prevention of Fecal and Urinary Incontinence in Adults. *Ann Intern Med* 2008;148.
- (298) García JR, Robles J. La incontinencia urinaria siempre de actualidad. *Rev Med Univ Navarra* 2004;48(4):6.
- (299) Milsom I. The prevalence of urinary incontinence. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000;79(12):1056-1059.
- (300) Hu TW. Impact of urinary incontinence on health-care costs. *J Am Geriatr Soc* 1990 Mar;38(3):292-295.
- (301) Torre Lozano E, Montilla M, Higuera F, Sierra Ruiz M, Jaramillo I, Aguado Taberné C. Características de la población que precisa el uso de accesorios para la incontinencia urinaria en un centro de salud urbano. *Medicina de Familia* 2002;1:(23-40).
- (302) Fantl JA. Urinary incontinence in adults: acute and chronic management: Dept. of Health and Human Services; 1996.
- (303) Anguita JC, Labrador JR, Campos JD. La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos (I). *Atención primaria* 2003;31(8):527-538.
- (304) Wallner LP, Porten S, Meenan RT, Rosetti MC, Calhoun EA, Sarma AV, et al. Prevalence and severity of undiagnosed urinary incontinence in women. *Am J Med* 2009;122(11):1037-

1042.

(305) Landi F, Cesari M, Russo A, Onder G, Lattanzino F, Berabei R. Potentially reversible risk factors and urinary incontinence in frail older people living in community. *Age Ageing* 2003;32:194-9. *Age Ageing* 2003;32:194-9.

(306) Sanz MJ, Barbosa RT, Guardiola MR, Llorca TS, Borrego MV, Alcántara MC. Tratamiento de la incontinencia urinaria. *Atención primaria* 2002;30(5):323-332.

(307) Cohen SJ, Robinson D, Dugan E, Howard G, Suggs PK, Pearce KF, et al. Communication between older adults and their physicians about urinary incontinence. *J Gerontol* 1999;54(Suppl A):34-41.

(308) Vila Coll M, Fernández Parcés M, Florensa Claramunt E, Orejas López V, Dalfó Baqué A, Romea Lecumberri S. Validación de un cuestionario para el diagnóstico de la incontinencia urinaria. *Atención primaria* 1997;19(3):122-126.

(309) Uebersax JS, Wyman JF, Shumaker SA, McClish DK. Short forms to assess life quality and symptom distress for urinary incontinence in women: the Incontinence Impact Questionnaire and the Urogenital Distress Inventory. *Neurourol Urodyn* 1995;14(2):131-139.

(310) Abrams P, Avery K, Gardener N, Donovan J, Board IA. The international consultation on incontinence modular questionnaire: www. iciq. net. *J Urol* 2006;175(3):1063-1066.

(311) Avery K, Donovan J, Peters TJ, Shaw C, Gotoh M, Abrams P. ICIQ: a brief and robust measure for evaluating the symptoms and impact of urinary incontinence. *Neurourol Urodyn* 2004;23(4):322-330.

(312) Coyne K, Kelleher C. Patient reported outcomes: the ICIQ and the state of the art. *Neurourol Urodyn* 2010;29(4):645-651.

(313) Gotoh M, Homma Y, Funahashi Y, Matsukawa Y, Kato M. Psychometric validation of the Japanese version of the International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form. *International journal of urology* 2009;16(3):303-306.

(314) Hajebrabimi S, Corcos J, Lemieux M. International consultation on incontinence questionnaire short form: comparison of physician versus patient completion and immediate and delayed self-administration. *Urology* 2004;63(6):1076-1078.

(315) Hashim H, Avery K, Mourad M, Chamssuddin A, Ghoniem G, Abrams P. The Arabic ICIQ-UI SF: An alternative language version of the English ICIQ-UI SF. *Neurourol Urodyn* 2006;25(3):277-282.

(316) Karantanis E, Fynes M, Moore KH, Stanton SL. Comparison of the ICIQ-SF and 24-hour pad test with other measures for evaluating the severity of urodynamic stress incontinence. *International Urogynecology Journal* 2004;15(2):111-116.

(317) Rotar M, Tršinar B, Kisner K, Barbič M, Sedlar A, Gruden J, et al. Correlations between the ICIQ-UI short form and urodynamic diagnosis. *Neurourol Urodyn* 2009;28(6):501-505.

(318) Tubaro A, Zattoni F, Prezioso D, Scarpa RM, Pesce F, Rizzi CA, et al. Italian validation of the international consultation on incontinence questionnaires. *BJU Int* 2006;97(1):101-108.

(319) Shumaker SA, Wyman JF, Uebersax J, McClish D, Fantl JA. Health-related quality of life measures for women with urinary incontinence: the Incontinence Impact Questionnaire and the Urogenital Distress Inventory. *Quality of Life Research* 1994;3(5):291-306.

- (320) Gerten KA, Richter HE, Burgio KL, Wheeler TL, Goode PS, Redden DT. Impact of urinary incontinence in morbidly obese women versus women seeking urogynecologic care. *Urology* 2007;70(6):1082-1085.
- (321) Ragins A, Shan J, Thom D, Subak L, Brown J, Van Den Eeden S. Effects of urinary incontinence, comorbidity and race on quality of life outcomes in women. *J Urol* 2008;179(2):651-655.
- (322) Teunissen D, Van Den Bosch W, Van Weel C, Lagro-Janssen T. "It can always happen": The impact of urinary incontinence on elderly men and women. *Scand J Prim Health Care* 2006;24(3):166-173.
- (323) Harvey M, Kristjansson B, Griffith D, Versi E. The Incontinence Impact Questionnaire and the Urogenital Distress Inventory: a revisit of their validity in women without a urodynamic diagnosis. *Obstet Gynecol* 2001;185(1):25-30.
- (324) Encuesta Nacional de Salud. Publicación de INE 2006.
- (325) Indicadores sociales. Familia y relaciones sociales. INE 2008.
- (326) Indicadores sociales, estructura de población 1991-2007. INE 2008.
- (327) Indicadores sociales, nivel educativo de la población. INE 2008.
- (328) World Health Organization. Research on the menopause in the 1990s: Report of a WHO Scientific Group. 1996.
- (329) Soules MR, Sherman S, Parrott E, Rebar R, Santoro N, Utian W, et al. Executive summary: stages of reproductive aging workshop (STRAW). *Climacteric* 2001;4(4):267-272.
- (330) Wu JM, Wechter ME, Geller EJ, Nguyen TV, Visco AG. Hysterectomy rates in the United States, 2003. *Obstet Gynecol* 2007 Nov;110(5):1091-1095.
- (331) Palma P, Riccetto C, Hernández M, Olivares J. Prolapsos urogenitales: Revisión de conceptos. *Actas Urológicas Españolas* 2008;32(6):618-623.
- (332) Bump RC, Mattiasson A, Bø K, Brubaker LP, DeLancey JO, Klarskov P, et al. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. *Obstet Gynecol* 1996;175(1):10-17.
- (333) Lukacz ES, Lawrence JM, Buckwalter JG, Burchette RJ, Nager CW, Luber KM. Epidemiology of prolapse and incontinence questionnaire: validation of a new epidemiologic survey. *International Urogynecology Journal* 2005;16(4):272-284.
- (334) Albers LL, Schiff M, Gorwoda JG. The length of active labor in normal pregnancies. *Obstetrics & Gynecology* 1996;87(3):355-359.
- (335) Cunningham FG. Williams: obstetrica (23a. : McGraw Hill Mexico; 2011.
- (336) Rodríguez Pérez T. Guía de recomendaciones higiénico-dietéticas dirigidas a la población para prevenir y tratar el estreñimiento y su justificación científica. 2014.
- (337) Lamarre M, Pratt M. Physical activity and health promotion. *Global Health Promotion* 2006;13(2):88-101.
- (338) Thornton TN, Craft MCA, Dahlberg LL, Lynch BS, Baer K, Potter LB, et al. Centro Nacional para el Control y Prevención de Lesiones Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades Atlanta, Georgia.
- (339) Cortada EB, Muñoz JD, Pinilla CF, García-Aranda VL, Torrell JR, de Burgoa VS, et al. Perfil del paciente que quiere dejar de fumar atendido en consultas de Atención Primaria y especializada de España. *Rev Clin Esp* 2009;209(4):160-167.

- (340) Robledo T, Córdoba R. Cómo actuar ante el consumo de alcohol: Guía de referencia para profesionales de atención primaria. Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria; 2007.
- (341) Harrison TK, Braunwald D, Fauci E, Hauser A editors. Principios de medicina interna. 16th ed.: McGraw-Hill; 2006.
- (342) Arboix A, Álvarez-Sabín J, Soler L. en nombre del Comité de Redacción ad hoc del Grupo de estudio de Enfermedades Cerebrovasculares de la SEN. Ictus. Clasificación y criterios diagnósticos. *Neurología* 1998;13(Supl 3):3-10.
- (343) Levine CB, Fahrbach KR, Siderowf AD, Estok RP, Ludensky VM, Ross SD. Diagnosis and Treatment of Parkinson's Disease: A Systematic Review of the Literature: Summary. 2003.
- (344) National Institute for Clinical Excellence, National Collaborating Centre for Chronic Conditions. Chronic obstructive pulmonary disease: Management of chronic obstructive pulmonary disease in adults in primary and secondary care. : National Institute for Clinical Excellence; 2004.
- (345) Douglas JD. Is primary care research a lost cause? *Lancet* 2003 Apr 26;361(9367):1474.
- (346) Fernández IF. ¿ Investigación en atención primaria? *Atención Primaria* 2003;31(5):281-284.
- (347) Hayder D. The effects of urinary incontinence on sexuality: seeking an intimate partnership. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2012 Sep-Oct;39(5):539-544.
- (348) Lasserre A, Pelat C, Guérault V, Hanslik T, Chartier-Kastler E, Blanchon T, et al. Urinary incontinence in French women: prevalence, risk factors, and impact on quality of life. *Eur Urol* 2009;56(1):177-183.
- (349) Kocak I, Okyay P, Dundar M, Erol H, Beser E. Female urinary incontinence in the west of Turkey: prevalence, risk factors and impact on quality of life. *Eur Urol* 2005;48(4):634-641.
- (350) García-Pérez H, Harlow SD, Sampsel CM, Denman C. Measuring urinary incontinence in a population of women in northern Mexico: prevalence and severity. *International urogynecology journal* 2013;24(5):847-854.
- (351) Harwardt T, Fuentes B, Venegas M, Leal C, Verdugo F, Benier P. Estudio de prevalencia de incontinencia urinaria en mujeres de Isla de Pascua. *Revista Chilena de Urología* 2004;69(1):29-34.
- (352) Minassian VA, Yan X, Lichtenfeld MJ, Sun H, Stewart WF. The iceberg of health care utilization in women with urinary incontinence. *International urogynecology journal* 2012;23(8):1087-1093.
- (353) Townsend MK, Curhan GC, Resnick NM, Grodstein F. The incidence of urinary incontinence across Asian, black, and white women in the United States. *Obstet Gynecol* 2010;202(4):378-385.
- (354) Observatorio S. Informe anual del sistema nacional de salud 2003. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo 2012.
- (355) Betrán AP, Merialdi M, Lauer JA, Bing-Shun W, Thomas J, Van Look P, et al. Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2007;21(2):98-113.
- (356) Albers L, Garcia J, Renfrew M, McCandlish R, Elbourne D. Distribution of genital tract trauma in childbirth and related postnatal pain. *Birth* 1999;26(1):11-17.

- (357) Rey E. Estreñimiento. *Revista Española de Enfermedades Digestivas* 2006;98(4):308-308.
- (358) Garrigues V, Galvez C, Ortiz V, Ponce M, Nos P, Ponce J. Prevalence of constipation: agreement among several criteria and evaluation of the diagnostic accuracy of qualifying symptoms and self-reported definition in a population-based survey in Spain. *Am J Epidemiol* 2004 Mar 1;159(5):520-526.
- (359) van den Akker M, Buntinx F, Roos S, Knottnerus JA. Problems in determining occurrence rates of multimorbidity. *J Clin Epidemiol* 2001;54(7):675-679.
- (360) Costa GR, Berjón MFD, Mochales JA, Maleras RG, Laso ÁR, Vasallo MDE. Características epidemiológicas de la pluripatología y su influencia en la utilización de servicios sanitarios a partir de una Encuesta de Salud. Madrid, 2007. *Rev Esp Salud Pública* 2009;83(6):835-846.
- (361) Sans S, Paluzie G, Puig T, Balañá L, Balaguer-Vintró I. Prevalencia del consumo de medicamentos en la población adulta de Cataluña. *Gaceta Sanitaria* 2002;16(2):121-130.
- (362) Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud de España 1993. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1995. .
- (363) Parazzini F, Lavezzari M, Arbitani W. Prevalence of overactive bladder and urinary incontinence. *J Fam Pract* 2002 Dec;51(12):1072-1075.
- (364) Palmer MH, Fitzgerald S, Berry SJ, Hart K. Urinary incontinence in working women: an exploratory study. *Women Health* 1999;29(3):67-82.
- (365) Iglesias FG, Caridad J, del Molino Martín, J Pérez, Gama EV, Pérez ML, López MR, et al. Uso de accesorios para incontinencia urinaria en los ancianos de la Zona Basica de Salud de Cabra (Cordoba). *Atención primaria* 2000;25(8):556-559.
- (366) Orna-Esteban M, Artero-Muñoz J, Caldentey-Isern E, Usieto-López L, Cuadra P, Isanta-Pomar C. Prevalencia de la incontinencia urinaria en dos centros de salud urbanos. *SEMERGEN-Medicina de Familia* 2011;37(7):347-351.
- (367) Badia Llach X, Castro Díaz D, Conejero Sigras J. Validez del cuestionario King's Health para la evaluación de la calidad de vida en pacientes con incontinencia urinaria. *Med Clin* 2000;114-119.
- (368) Waetjen LE, Liao S, Johnson WO, Sampsel CM, Sternfield B, Harlow SD, et al. Factors associated with prevalent and incident urinary incontinence in a cohort of midlife women: a longitudinal analysis of data: study of women's health across the nation. *Am J Epidemiol* 2007 Feb 1;165(3):309-318.
- (369) Martínez EC, Flores CO. Prevalence of urinary and anal incontinence in women from metropolitan area of Guadalajara 2006. *Ginecología y obstetricia de Mexico*, 74(6), 300-305.
- (370) Martinez Espinoza CJ, Flores Carreras O, Garcia de Alba Garcia JE, Velazquez Castellanos PI, Gonzalez Ruiz MI, Marquez Allegre R. Prevalence of urinary and anal incontinence in women from metropolitan area of Guadalajara. *Ginecol Obstet Mex* 2006 Jun;74(6):300-305.
- (371) Aggazzotti G, Pesce F, Grassi D, Fantuzzi G, Righi E, De Vita D, et al. Prevalence of urinary incontinence among institutionalized patients: a cross-sectional epidemiologic study in a midsized city in northern Italy. *Urology* 2000;56(2):245-249.
- (372) Damián J, Martín-Moreno JM, Lobo F, Bonache J, Cerviño J, Redondo-Márquez L, et al. Prevalence of urinary incontinence among Spanish older people living at home *European urology* 1998; 34(4): 333-338.

- (373) Magaña MV, López HHB, Poceros GR, Oviedo G. Prevalencia y calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria. Estudio en población abierta. *Ginecol Obstet Mex* 2007;75:347-356.
- (374) Graham CA, Mallett VT. Race as a predictor of urinary incontinence and pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol* 2001;185(1):116-120.
- (375) Howard D, Delancey JO, Tunn R, Ashton-Miller JA. Racial differences in the structure and function of the stress urinary continence mechanism. *Obstet Gynecol* 2000 May;95(5):713-717.
- (376) Baragi R, DeLancey J, Caspari R, Howard D, Ashton-Miller J. Differences in pelvic floor area between African American and European American women. *Obstet Gynecol* 2002;187(1):111-115.
- (377) Thom DH, Van Den Eeden, Stephen K, Ragins AI, Wassel-Fyr C, Vittinghof E, Subak LL, et al. Differences in prevalence of urinary incontinence by race/ethnicity. *J Urol* 2006;175(1):259-264.
- (378) Hunskaar S. A systematic review of overweight and obesity as risk factors and targets for clinical intervention for urinary incontinence in women. *Neurourol Urodyn* 2008;27(8):749-757.
- (379) Kuh D, Cardozo L, Hardy R. Urinary incontinence in middle aged women: childhood enuresis and other lifetime risk factors in a British prospective cohort. *J Epidemiol Community Health* 1999 Aug;53(8):453-458.
- (380) Noblett K, Jensen J, Ostergard D. The relationship of body mass index to intra-abdominal pressure as measured by multichannel cystometry. *International Urogynecology Journal* 1997;8(6):323-326.
- (381) Aranceta J, Rodrigo CP, Majem LS, Barba LR, Izquierdo JQ, Vioque J, et al. Prevalencia de la obesidad en España: resultados del estudio SEEDO 2000. *Medicina clínica* 2003;120(16):608-612.
- (382) Sartori M, Baracat E, Girao M, Gonçalves W, Sartori J, de Lima GR. Menopausal genuine stress urinary incontinence treated with conjugated estrogens plus progestogens. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 1995;49(2):165-169.
- (383) Griebling TL, Nygaard IE. The role of estrogen replacement therapy in the management of urinary incontinence and urinary tract infection in postmenopausal women. *Endocrinol Metab Clin North Am* 1997;26(2):347-360.
- (384) Molander U. Urinary incontinence and related urogenital symptoms in elderly women. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1993;72(S158):1-22.
- (385) Goes VR, Sartori MG, Baracat EC, Rodrigues de Lima G, Girao MJ. Urodynamic and clinical evaluation of postmenopausal women with stress urinary incontinence before and after cyclic estrogen therapy. *Clin Exp Obstet Gynecol* 2003;30(2-3):103-106.
- (386) Dessole S, Rubattu G, Ambrosini G, Gallo O, Capobianco G, Cherchi PL, et al. Efficacy of low-dose intravaginal estriol on urogenital aging in postmenopausal women. *Menopause* 2004 Jan-Feb;11(1):49-56.
- (387) Vaginal hormone therapy for urogenital and menopausal symptoms. *Seminars in reproductive medicine*; 2005.

- (388) Larson B, Collins A, Landgren B. Urogenital and vasomotor symptoms in relation to menopausal status and the use of hormone replacement therapy (HRT) in healthy women during transition to menopause. *Maturitas* 1997;28(2):99-105.
- (389) Grodstein F, Lifford K, Resnick NM, Curhan GC. Postmenopausal hormone therapy and risk of developing urinary incontinence. *Obstet Gynecol* 2004 Feb;103(2):254-260.
- (390) Steinauer JE, Waetjen LE, Vittinghoff E, Subak LL, Hulley SB, Grady D, et al. Postmenopausal hormone therapy: does it cause incontinence? *Obstet Gynecol* 2005 Nov;106(5 Pt 1):940-945.
- (391) Van Voorhis BJ. Genitourinary symptoms in the menopausal transition. *Am J Med* 2005;118(12):47-53.
- (392) American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin no. 28: Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists. Use of botanicals for management of menopausal symptoms. *Obstet Gynecol* 2001 Jun;97(6):suppl 1-11.
- (393) Keshavarz H, Hillis SD, Kieke BA, Marchbanks PA. Hysterectomy surveillance—United States, 1994–1999. *MMWR cDc Surveill Summ* 2002;51(5):1-8.
- (394) Farquhar CM, Steiner CA. Hysterectomy rates in the United States 1990–1997. *Obstetrics & Gynecology* 2002;99(2):229-234.
- (395) Weber AM, Lee J. Use of alternative techniques of hysterectomy in Ohio, 1988–1994. *N Engl J Med* 1996;335(7):483-489.
- (396) Zekam N, Oyelese Y, Goodwin K, Colin C, Sinai I, Queenan JT. Total versus subtotal hysterectomy: a survey of gynecologists. *Obstetrics & Gynecology* 2003;102(2):301-305.
- (397) Wattiez A, Cohen SB, Selvaggi L. Laparoscopic hysterectomy. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology* 2002;14(4):417-422.
- (398) Lal M. Prevention of urinary and anal incontinence: role of elective cesarean delivery. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology* 2003;15(5):439-448.
- (399) Gyhagen M, Bullarbo M, Nielsen T, Milsom I. The prevalence of urinary incontinence 20 years after childbirth: a national cohort study in singleton primiparae after vaginal or caesarean delivery. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2013;120(2):144-151.
- (400) Solans-Domenech M, Sanchez E, Espuna-Pons M, Pelvic Floor Research Group (Grup de Recerca del Sol Pelvia, GRESP). Urinary and anal incontinence during pregnancy and postpartum: incidence, severity, and risk factors. *Obstet Gynecol* 2010 Mar;115(3):618-628.
- (401) Simeonova Z, Milsom I, Kullendorff A, Molander U, Bengtsson C. The prevalence of urinary incontinence and its influence on the quality of life in women from an urban Swedish population. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1999;78(6):546-551.
- (402) Dietz HP. Pelvic floor trauma in childbirth. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2013;53(3):220-230.
- (403) da Silva F, de Oliveira SM, Bick D, Osava RH, Tuesta EF, Riesco ML. Risk factors for birth-related perineal trauma: a cross-sectional study in a birth centre. *J Clin Nurs* 2012;21(15-16):2209-2218.
- (404) Viswanathan M, Hartmann K, Palmieri R, Lux L, Swinson T, Lohr KN, et al. The Use of Episiotomy in Obstetrical Care: A Systematic Review: Summary. 2005.

- (405) Handa VL, Blomquist JL, McDermott KC, Friedman S, Munoz A. Pelvic floor disorders after vaginal birth: effect of episiotomy, perineal laceration, and operative birth. *Obstet Gynecol* 2012 Feb;119(2):233-239.
- (406) MacArthur C, Glazener C, Wilson PD, Lancashire RJ, Herbison GP, Grant AM. Persistent urinary incontinence and delivery mode history: a six-year longitudinal study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2006;113(2):218-224.
- (407) Thom DH, Brown JS, Schembri M, Ragins AI, Creasman JM, Van Den Eeden, Stephen K. Parturition events and risk of urinary incontinence in later life. *Neurourol Urodyn* 2011;30(8):1456-1461.
- (408) Tegerstedt G, Miedel A, Mæhle-Schmidt M, Nyrén O, Hammarström M. Obstetric risk factors for symptomatic prolapse: a population-based approach. *Obstet Gynecol* 2006;194(1):75-81.
- (409) Lal M, Pattison HM, Allan TF, Callender R. Postcesarean pelvic floor dysfunction contributes to undisclosed psychosocial morbidity. *J Reprod Med* 2009 Feb;54(2):53-60.
- (410) Jelovsek JE, Barber MD, Paraiso MFR, Walters MD. Functional bowel and anorectal disorders in patients with pelvic organ prolapse and incontinence. *Obstet Gynecol* 2005;193(6):2105-2111.
- (411) Ellerkmann RM, Cundiff GW, Melick CF, Nihira MA, Leffler K, Bent AE. Correlation of symptoms with location and severity of pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol* 2001;185(6):1332-1338.
- (412) Simeone C, Moroni A, Petteno A, Antonelli A, Zani D, Orizio C, et al. Occurrence rates and predictors of lower urinary tract symptoms and incontinence in female athletes. *Urologia* 2010 Apr-May;77(2):139-146.
- (413) Lone C, Cruz A, Martínez J, Cánovas J, Gómez J. Prevalencia de incontinencia urinaria femenina en la población femenina atendida en el área sanitaria de Alicante. *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia* 2006;38(5):172-177.
- (414) Nygaard I, Girts T, Fultz NH, Kinchen K, Pohl G, Sternfeld B. Is urinary incontinence a barrier to exercise in women? *Obstet Gynecol* 2005 Aug;106(2):307-314.
- (415) Jean-Baptiste J, Hermieu JF. Sport and urinary incontinence in women. *Prog Urol* 2010 Jul;20(7):483-490.
- (416) Steele A, Kohli N, Mallipeddi P, Karram M. Pharmacologic causes of female incontinence. *International Urogynecology Journal* 1999;10(2):106-110.
- (417) Hall SA, Yang M, Gates MA, Steers WD, Tennstedt SL, McKinlay JB. Associations of commonly used medications with urinary incontinence in a community based sample. *J Urol* 2012;188(1):183-189.
- (418) NCHS National Center for Health Statistics. National Ambulatory Medical Care Survey, electronic citation 2003. <http://www.cdc.gov/nchs/nhcs.htm>.
- (419) Herrera BS, Ortiz LB, González GMC. Incontinencia y enfermedad crónica. *Aquichan* 2013;13(3).
- (420) Busuttil-Leaver R. Chronic diseases and incontinence. *Practice Nurse* 2011;41(14):32-36.

- (421) Hrisanfow E, Hägglund D. The prevalence of urinary incontinence among women and men with chronic obstructive pulmonary disease in Sweden. *J Clin Nurs* 2011;20(13-14):1895-1905.
- (422) Monz B, Chartier-Kastler E, Hampel C, Samsioe G, Hunskaar S, Espuna-Pons M, et al. Patient characteristics associated with quality of life in European women seeking treatment for urinary incontinence: results from PURE. *Eur Urol* 2007 Apr;51(4):1073-81; discussion 1081-2.
- (423) Harrison GL, Memel DS. Urinary incontinence in women: its prevalence and its management in a health promotion clinic. *Br J Gen Pract* 1994 Apr;44(381):149-152.
- (424) Stewart W, Van Rooyen J, Cundiff G, Abrams P, Herzog A, Corey R, et al. Prevalence and burden of overactive bladder in the United States. *World J Urol* 2003;20(6):327-336.
- (425) Sandvik H, Hunskaar S, Vanvik A, Bratt H, Seim A, Hermstad R. Diagnostic classification of female urinary incontinence: an epidemiological survey corrected for validity. *J Clin Epidemiol* 1995;48(3):339-343.
- (426) Chou EC, Blaivas JG, Chou L, Flisser AJ, Panagopoulos G. Urodynamic characteristics of mixed urinary incontinence and idiopathic urge urinary incontinence. *Neurourol Urodyn* 2008;27(5):376-378.
- (427) Arribillaga L, Ledesma M, García A, Bengiό RG, Montedoro A, Orellana S, et al. Diferencias clínicas y urodinámicas en mujeres con incontinencia urinaria mixta e incontinencia urinaria de urgencia pura. *Revista Argentina de Urología* 2013;78(4):139-143.
- (428) Subak LL, Whitcomb E, Shen H, Saxton J, Vittinghoff E, Brown JS. Weight loss: a novel and effective treatment for urinary incontinence. *J Urol* 2005;174(1):190-195.
- (429) Auwad W, Bombieri L, Adekanmi O, Waterfield M, Freeman R. The development of pelvic organ prolapse after colposuspension: a prospective, long-term follow-up study on the prevalence and predisposing factors. *International Urogynecology Journal* 2006;17(4):389-394.
- (430) Vaart Cd, Bom Jd, Leeuw J, Roovers J, Heintz A. The contribution of hysterectomy to the occurrence of urge and stress urinary incontinence symptoms. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2002;109(2):149-154.
- (431) Thom DH, Brown JS. Reproductive and hormonal risk factors for urinary incontinence in later life: a review of the clinical and epidemiologic literature. *J Am Geriatr Soc* 1998 Nov;46(11):1411-1417.
- (432) Demirci F, Ozden S, Alpay Z, Demirci ET, Ayas S. The effects of vaginal delivery and cesarean section on bladder neck mobility and stress urinary incontinence. *International urogynecology journal* 2001;12(2):129-133.
- (433) Robles J, Sánchez P, Meldaña A, Walker C. Disfunciones de suelo pélvico. *Fisioterapia en obstetricia y uroginecología* 2006;1:241-262.
- (434) Fozzatti C, Ricetto C, Herrmann V, Brancalion MF, Raimondi M, Nascif CH, et al. Prevalence study of stress urinary incontinence in women who perform high-impact exercises. *International urogynecology journal* 2012;23(12):1687-1691.
- (435) Hernando G. Dimensiones del entrenamiento personal. *Nuevas tendencias en Entrenamiento Personal* 2009;1:3-23.
- (436) Brown WJ, Miller YD. Too wet to exercise? Leaking urine as a barrier to physical activity in women. *Journal of Science and Medicine in Sport* 2001;4(4):373-378.

- (437) Brown JS, Nyberg LM, Kusek JW, Burgio KL, Diokno AC, Foldspang A, et al. Proceedings of the national institute of diabetes and digestive and kidney diseases international symposium on epidemiologic issues in urinary incontinence in women. *Obstet Gynecol* 2003;188(6):77-88.
- (438) Swithinbank LV, Abrams P. The impact of urinary incontinence on the quality of life of women. *World J Urol* 1999;17(4):225-229.
- (439) Lagro-Janssen T, Smits A, Van Weel C. Urinary incontinence in women and the effects on their lives. *Scand J Prim Health Care* 1992;10(3):211-216.
- (440) Papanicolaou S, Hunskaar S, Lose G, Sykes D. Assessment of bothersomeness and impact on quality of life of urinary incontinence in women in France, Germany, Spain and the UK. *BJU Int* 2005;96(6):831-838.
- (441) Subak LL, Brown JS, Kraus SR, Brubaker L, Lin F, Richter HE, et al. The "costs" of urinary incontinence for women. *Obstet Gynecol* 2006 Apr;107(4):908-916.
- (442) Grimby A, Milsom I, Molander U, Wiklund I, Ekelund P. The influence of urinary incontinence on the quality of life of elderly women. *Age Ageing* 1993 Mar;22(2):82-89.
- (443) Wyman J, Fantl J, McClish D, Harkins S, Uebersax J, Ory M. Quality of life following bladder training in older women with urinary incontinence. *International Urogynecology Journal* 1997;8(4):223-229.
- (444) Rebassa M, Taltavull J, Gutiérrez C, Ripoll J, Esteva A, MIRALLES J, et al. Incontinencia urinaria en mujeres de Mallorca: prevalencia y calidad de vida. *Actas Urológicas Españolas* 2013;37(6):354-361.
- (445) Jahanlu D, Qureshi SA, Hunskaar S. The Hordaland Women's Cohort: a prospective cohort study of incontinence, other urinary tract symptoms and related health issues in middle-aged women. *BMC Public Health* 2008 Aug 23;8:296-304.
- (446) Pérez-López FR, Cuadros JL, Fernández-Alonso AM, Chedraui P, Sánchez-Borrego R, Monterrosa-Castro A. Urinary incontinence, related factors and menopause-related quality of life in mid-aged women assessed with the Cervantes Scale. *Maturitas* 2012;73(4):369-372.
- (447) Klovning A, Avery K, Sandvik H, Hunskaar S. Comparison of two questionnaires for assessing the severity of urinary incontinence: The ICIQ-UI SF versus the incontinence severity index. *Neurourol Urodyn* 2009;28(5):411-415.
- (448) Martínez-Escoriza J, Lone C, Cruz A, Gómez-Sirvent M, Cánovas J. Prevalencia de la incontinencia urinaria en la población femenina atendida en el área sanitaria de Alicante. *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia* 2006;33(5):172-176.
- (449) del Castillo AG, Puedo AE, Muruzábal SL, López MG, Arizcuren BG. Repercusión de la incontinencia urinaria femenina en la calidad de vida: estudio desde una consulta de urología. *Enfuro* 2008(106):9-12.
- (450) Montserrat Lamoglia Puig. Los comportamientos de salud en mujeres con incontinencia urinaria. Gerona: Universitat de Girona; 2015.
- (451) Padmanabhan P, Nitti VW. Female stress urinary incontinence: how do patient and physician perspectives correlate in assessment of outcomes? *Curr Opin Urol* 2006 Jul;16(4):212-218.
- (452) Robinson D, Pearce KF, Preisser JS, Dugan E, Suggs PK, Cohen SJ. Relationship between patient reports of urinary incontinence symptoms and quality of life measures. *Obstetrics & Gynecology* 1998;91(2):224-228.

- (453) Hunskaar S, Vinsnes A. The quality of life in women with urinary incontinence as measured by the sickness impact profile. *J Am Geriatr Soc* 1991.
- (454) Rett MT, Simoes JA, Herrmann V, Pinto CL, Marques AA, Morais SS. Management of stress urinary incontinence with surface electromyography-assisted biofeedback in women of reproductive age. *Phys Ther* 2007 Feb;87(2):136-142.
- (455) Capelini MV, Riccetto CL, Dambros M, Tamanini JT, Herrmann V, Muller V. Pelvic floor exercises with biofeedback for stress urinary incontinence. *International braz j urol* 2006;32(4):462-469.
- (456) Visser E, de Bock GH, Kollen BJ, Meijerink M, Berger MY, Dekker JH. Systematic screening for urinary incontinence in older women: Who could benefit from it? *Scand J Prim Health Care* 2012;30(1):21-28.
- (457) Östlin P, Sen G. La inequidad de género en la salud: desigual, injusta, ineficaz e ineficiente. Informe final a la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS. Red de Conocimiento en Mujer y Equidad de Género 2007.
- (458) Fitzgerald ST, Palmer MH, Kirkland VL, Robinson L. The impact of urinary incontinence in working women: a study in a production facility. *Women Health* 2002;35(1):1-16.
- (459) Cheung RY, Chan S, Yiu AK, Lee LL, Chung TK. Quality of life in women with urinary incontinence is impaired and comparable to women with chronic diseases. *Hong Kong Med J* 2012 Jun;18(3):214-220.
- (460) Córcoles BM, Sánchez AS, Bachs JG, Moreno MD, Navarro HP, Rodríguez JV. Calidad de vida en las pacientes con incontinencia urinaria. *Actas Urológicas Españolas* 2008;32(2):202-210.
- (461) Ko Y, Lin S, Salmon JW, Bron MS. The impact of urinary incontinence on quality of life of the elderly. *Am J Manag Care* 2005;11(4):103-11.
- (462) Coyne KS, Payne C, Bhattacharyya SK, Revicki DA, Thompson C, Corey R, et al. The impact of urinary urgency and frequency on health-related quality of life in overactive bladder: results from a national community survey. *Value in health* 2004;7(4):455-463.
- (463) Franzén K, Johansson J, Andersson G, Pettersson N, Nilsson K. Urinary incontinence in women is not exclusively a medical problem: a population-based study on urinary incontinence and general living conditions. *Scand J Urol Nephrol* 2009;43(3):226-232.
- (464) de Moraes Lopes, Maria Helena Baena, Higa R. Restrições causadas pela incontinência urinária à vida da mulher. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* 2006;40(1):34-41.
- (465) Miralles R. Incontinencia urinaria: múltiples causas, tratamientos diferentes y profesionales distintos. *Revista Española de Geriatria y Gerontología* 2011;46(1):5-6.
- (466) Oh S, Ku JH. Impact of stress urinary incontinence and overactive bladder on micturition patterns and health-related quality of life. *International Urogynecology Journal* 2007;18(1):65-71.
- (467) Shakhathreh F. Epidemiology of urinary incontinence in Jordanian women. *Saudi Med J* 2005;26(5):830-835.
- (468) Rohr G, Støvring H, Christensen K, Gaist D, Nybo H, Kragstrup J. Characteristics of middle-aged and elderly women with urinary incontinence. *Scand J Prim Health Care* 2005;23(4):203-208.

- (469) Margalith I, Gillon G, Gordon D. Urinary incontinence in women under 65: quality of life, stress related to incontinence and patterns of seeking health care. *Quality of Life research* 2004;13(8):1381-1390.
- (470) Hartmann KE, Ma C, Lamvu GM, Langenberg PW, Steege JF, Kjerulff KH. Quality of life and sexual function after hysterectomy in women with preoperative pain and depression. *Obstet Gynecol* 2004 Oct;104(4):701-709.
- (471) Ghetti C, Lowder JL, Ellison R, Krohn M, Moalli P. Depressive symptoms in women seeking surgery for pelvic organ prolapse. *International urogynecology journal* 2010;21(7):855-860.
- (472) Handa VL, Zyczynski HM, Burgio KL, Fitzgerald MP, Borello-France D, Janz NK, et al. The impact of fecal and urinary incontinence on quality of life 6 months after childbirth. *Obstet Gynecol* 2007;197(6):636. e1-636. e6.
- (473) Dolan LM, Walsh D, Hamilton S, Marshall K, Thompson K, Ashe RG. A study of quality of life in primigravidae with urinary incontinence. *International Urogynecology Journal* 2004;15(3):160-164.
- (474) Kirkland VL, Palmer MH, Fitzgerald ST. Incontinence in a manufacturing setting: women's perceptions and responses. *Public Health Nursing* 2001;18(5):312-317.
- (475) Fontcuberta JB. Incontinencia urinaria: ¿ otra epidemia silenciosa? *Atención primaria* 2005;35(2):74-76.
- (476) Grupo Cordobés para el Estudio de la Incontinencia Urinaria. Implantación de un programa en incontinencia urinaria en un centro de salud. *Atención Primaria* 2003;31(7):446-452.
- (477) Ueda T, Tamaki M, Kageyama S, Yoshimura N, Yoshida O. Urinary incontinence among community-dwelling people aged 40 years or older in Japan: Prevalence, risk factors, knowledge and self-perception. *International Journal of Urology* 2000;7(3):95-103.
- (478) Branch LG, Walker LA, Wetle TT, DuBeau CE, Resnick NM. Urinary incontinence knowledge among community-dwelling people 65 years of age and older. *J Am Geriatr Soc* 1994 Dec;42(12):1257-1262.
- (479) Shaw C, Tansey R, Jackson C, Hyde C, Allan R. Barriers to help seeking in people with urinary symptoms. *Fam Pract* 2001 Feb;18(1):48-52.
- (480) O'Brien J, Austin M, Sethi P, O'Boyle P. Urinary incontinence: prevalence, need for treatment, and effectiveness of intervention by nurse. *BMJ* 1991 Nov 23;303(6813):1308-1312.
- (481) Herzog AR, Diokno AC, Brown MB, Normolle DP, Brock BM. Two-year incidence, remission, and change patterns of urinary incontinence in noninstitutionalized older adults. *J Gerontol* 1990 Mar;45(2):M67-74.
- (482) Amuzu BJ. Nonsurgical therapies for urinary incontinence. *Clin Obstet Gynecol* 1998;41(3):702-711.
- (483) Rios AA, Cardoso JR, Rodrigues MAF, de Almeida, Silvio Henrique Maia. The help-seeking by women with urinary incontinence in Brazil. *International urogynecology journal* 2011;22(7):879-884.
- (484) Silva Ld, Lopes, Maria Helena Baena de Moraes. Urinary incontinence in women: reasons for not seeking treatment. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* 2009;43(1):72-78.

- (485) Fonda D, Ouslander JG, Norton C. Continence across the continents. *J Am Geriatr Soc* 1994;42(1):109-112.
- (486) Espuña Pons M. Consulta diaria. Qué haría usted ante un paciente con incontinencia urinaria. *Medicina integral: Medicina preventiva y asistencial en atención primaria de la salud* 2002;39(8):343-354.
- (487) Goldstein M, Hawthorne ME, Engeberg S, McDowell BJ, Burgio KL. Urinary incontinence. Why people do not seek help. *J Gerontol Nurs* 1992 Apr;18(4):15-20.
- (488) Jolleys JV. Reported prevalence of urinary incontinence in women in a general practice. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1988 May 7;296(6632):1300-1302.
- (489) Mitteness LS. Knowledge and beliefs about urinary incontinence in adulthood and old age. *J Am Geriatr Soc* 1990.
- (490) Bush T, Castellucci DT, a rol Phillips C. Exploring Wo men's Beliefs R ega rding Urinary Incontinence. *Urologic Nursing* 2001;21(3):211.
- (491) Freixas A. Nos envejecen las ideas, no el cuerpo. *Rev Mult Gerontol* 2001;11(4):164-168.
- (492) Rizk D, Shaheen H, Thomas L, Dunn E, Hassan M. The prevalence and determinants of health care-seeking behavior for urinary incontinence in United Arab Emirates women. *International Urogynecology Journal* 1999;10(3):160-165.
- (493) Romero MF, Ruiz-Cabello AL. Alfabetización en salud; concepto y dimensiones. Proyecto europeo de alfabetización en salud. *Revista de Comunicación y Salud* 2012;2(2):91-98.
- (494) Gadzhieva Z, Kazilov I, Aliaev I, Aboian I, Kazilov B. Urination disorders. Do we know all about them. *Urologiia* 2014:20-26.
- (495) Guillen Lopez O, Llanos Zavalaga F, Lecca Garcia L. Conocimientos sobre incontinencia urinaria en pacientes hospitalizados. *Revista Medica Herediana* 2003;14(4):186-194.
- (496) Almendro C, Ordovás R. Comunicación oral en la Consulta. Alfabetización en Salud. De la Información a la Acción 2012;1:205-218.
- (497) Manzano AB, Feu S, Muñoz ER, Caballero JMG. Importancia de la comunicación interpersonal en relación médico-paciente en atención primaria. *Revista Española de Comunicación en Salud* 2012;3(1):62-76.
- (498) Teloken C, Caraver F, Weber FA, Teloken PE, Moraes JF, Sogari PR, et al. Overactive bladder: prevalence and implications in Brazil. *Eur Urol* 2006;49(6):1087-1092.
- (499) Wojtowicz U, Plaszewska-Zywko L, Stangel-Wojcikiewicz K, Basta A. Barriers in entering treatment among women with urinary incontinence. *Ginekol Pol* 2014 May;85(5):342-347.
- (500) Hay-Smith E, Dumoulin C. Entrenamiento muscular del suelo pelviano versus ningún tratamiento, o tratamientos de control inactivo, para la incontinencia urinaria en mujeres (Cochrane Review). *La Biblioteca Cochrane Plus* 2008(3).
- (501) González AS, Sánchez EM, Martínez PC. Tratamiento fisioterapéutico de la incontinencia urinaria femenina en una unidad de uroginecología. *Cuestiones de fisioterapia: revista universitaria de información e investigación en Fisioterapia* 2003(22):1-12.
- (502) Font TP, Cobo ET, Herrero AR. Efectividad de la reeducación perineal en mujeres con incontinencia de esfuerzo. *Enfuro* 2012(122):32-34.
- (503) Suárez-Serrano C, Rebollo-Roldán J, García-Pérez R, Medrano-Sánchez E. Influencia de la fisioterapia perineal en el bienestar psicológico de las mujeres con incontinencia urinaria. *Cuestiones de Fisioterapia* 2011;38(1):3-10.

- (504) Blanco EN, Bejar PM, Molina LS, Álvarez VD, Llorente MP. Efectividad de un ensayo clínico sobre cuidados enfermeros para la incontinencia en mujeres. *Actas urológicas españolas* 2007;31(5):493-501.
- (505) Sánchez MT, Marco E, Boza R, Selva F, Piqueras M, Guillén A, et al. Incontinencia urinaria de esfuerzo y ejercicios del suelo pélvico: estudio comparativo entre la eficacia de un entrenamiento individualizado vs instrucciones básicas. *Trauma* 2008;19(3):171-177.
- (506) Carrasco DG, Cantalapiedra JA. Efectividad del entrenamiento de los músculos del suelo pélvico en la incontinencia urinaria: revisión sistemática. *Fisioterapia* 2012;34(2):87-95.
- (507) Billington A. Estrategias para afrontar la incontinencia. *Incontinencia urinaria en Atención Primaria*: Isis Medical Media Ltd. UK; 2000. p. 65-68.
- (508) Brocklehurst JC. Urinary incontinence in the community--analysis of a MORI poll. *BMJ* 1993 Mar 27;306(6881):832-834.
- (509) Pacios AR. Desigualdades de género: en la salud y en la enfermedad. *Cuestiones de género: de la igualdad y la diferencia* 2010(5):1-18.

9. Anexos

Anexo 1: Cuestionario de detección de IU Vila et Cols.**Grupo A:**

- ¿Tiene sensación de peso en la zona genital?
- ¿Al subir o bajar, se le escapa la orina?
- ¿Cuando ríe, se le escapa?
- ¿Si estornuda, se le escapa?
- ¿Al toser, se le escapa?

Grupo B:

- Si está en la calle y tiene ganas de orinar, entra en un bar y si el lavabo está ocupado, ¿se le escapa la orina?
- Cuando abre la puerta de casa, ¿ha de ir al lavabo corriendo?
- Si tiene ganas de orinar, ¿tiene sensación de que es urgente y ha de ir deprisa?
- Cuando sale del ascensor, ¿debe correr al servicio porque se le escapa?

Resultados:

- Cuatro preguntas del grupo A afirmativas, probablemente se trata IUE.
- Tres o más preguntas positivas del grupo B, sospecha de IUU.
- Preguntas afirmativas en ambos grupos, sospecha de IUM.

La validez interna del cuestionario por IU de esfuerzo en mujeres tiene una sensibilidad (S) con 4 respuestas positivas de 62,6 y una especificidad (E) de 63,7 con un valor predictivo positivo (VPP) de 77,2 .

La validez interna del cuestionario por la inestabilidad del detrusor (IUU) e incontinencia urinaria mixta en mujeres tiene una S con tres preguntas de 82,6 y una E de 77,9 con un valor (VPP) de 57,6.

Fuente: Vila MA, Fernández MJ, Dalfó A, Florensa, E Orejas V, Romea S. Atención Primaria 1997; 19:121-126.

Anexo 2: Cuestionario Calidad de Vida ICIQ-SF

1	¿Con qué frecuencia pierde orina? (Marque sólo una respuesta)		
A	Nunca	0	puntos
B	Una vez a la semana	1	
C	2-3 veces / semana	2	
D	Una vez al día	3	
E	Varias veces al día	4	
F	Continuamente	5	

2	Indique su opinión acerca de la cantidad de orina que usted cree que se le escapa, es decir, la cantidad de orina que pierde habitualmente (tanto si lleva protección como si no). Marque sólo una respuesta.		
A	No se me escapa nada	0	puntos
B	Muy poca cantidad	2	
C	Una cantidad moderada	4	
D	Mucha cantidad	6	

3	¿En qué medida estos escapes de orina que tiene han afectado su vida diaria?									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Nada									Mucho

4	¿Cuándo pierde orina? Señale todo lo que le pase a Ud.
	Nunca
	Antes de llegar al servicio
	Al toser o estornudar
	Mientras duerme
	Al realizar esfuerzos físicos / ejercicio
	Cuando termina de orinar y ya se ha vestido
	Sin motivo evidente
	De forma continua

Fuente: Espuña M, Rebollo P, Puig M. Validación de la versión española del ICIQ-IU SF. Un cuestionario para evaluar la incontinencia urinaria. *Med Clin (Barc)* 2004;122: 288.

Anexo 3: Cuestionario de Calidad de Vida Incontinence Impact Questionnaire SF- IIQ7

Para cada pregunta haga un círculo alrededor de la respuesta que mejor describe cuanto le afecta

AFECTA SU PERDIDA DE ORINA A SU....

Nada Ligeramente Moderada Grave

1. Capacidad para hacer tareas domésticas
(cocinar, limpieza casa, lavar ropa)?0.....1.....2.....3

2. Actividades físicas recreativas,
épaseos u otros ejercicios)? 0.....1.....2.....3

3. Actividades recreativas (cine, teatro,
conciertos, etc.)?.....0.....1.....2.....3

4. Capacidad para viajar en coche o
transporte público en trayectos mas
de 30 min0.....1.....2.....3

5. Participación en actividades sociales
fuera de casa?.....0.....1.....2.....3

6. Su buen estado de ánimo (nerviosismo,
depresión, etc.).....0.....1.....2.....3

7. Haciéndole sentir
desgraciada/frustrada.....0.....1.....2.....3

Fuente: Uebersax JS, Wyman JF, Shumaker SA, McClish DK. Short forms to assess life quality and symptom distress for urinary incontinence in women: the Incontinence Impact Questionnaire and the Urogenital Distress Inventory. Neurourol Urodyn 1995;14(2):131-139.


Anexo 4: Modelo de Consentimiento Informado

¿Desea Participar?

SI
(Prosiga el cuestionario)

NO
INDIQUE EL MOTIVO/s:

(* Rellenar hoja de datos generales)



DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

El estudio al cual se le invita a participar, tiene como objeto detectar mujeres con incontinencia urinaria y determinar la influencia en su calidad de vida, tema que aún no ha sido estudiado en Dirección Asistencial Oeste de Madrid (al cual pertenece su CS Ramón y Cajal).

TODA LA INFORMACIÓN RECOLECTADA, SERA MANEJADA DE MANERA Estrictamente CONFIDENCIAL, Y SOLO SERA UTILIZADA EN EL MARCO DE ESTA INVESTIGACIÓN.

A través del presente, con fecha.....yo
declaro estar informado de todos los procedimientos y objetivos que implica la participación en el trabajo de investigación "Detección de mujeres con incontinencia urinaria y determinación de su calidad de vida" en el periodo comprendido entre junio y septiembre del presente año, estudio realizado por Dra. Patricia Valencia Orgaz, y declaro aceptar voluntariamente formar parte de él.

Firma del paciente

Anexo 5: Cuestionario de Estudio Página 1**A rellenar por médico/ enfermera****FICHA DE ANTECEDENTES GENERALES**

Edad.....

¿Quién es su médico de familia habitual?

DR.....

Peso..... Talla.....IMC.....

- Nivel Socioeconómico:**Estado Civil:**

¿En qué trabaja usted?

.....Soltera

Nacionalidad:..... ¿En qué trabaja la persona que
más aporta regularmente en el
presupuesto del hogar?

.....Separada

.....Conviviente

Nivel de estudios: No posee.....**Basico.....****Diplomatura.....****Licenciatura.....****Antecedentes Gineco-Obstétricos:****Otros:**

-Menopausia (SI/NO)

-Estreñimiento (menos de 3 veces/sem y
además heces de consistencia dura)

-Prolapso genital (SI/NO)

-Cesárea (SI/NO y Num)

-Ejercicio Físico: Cual/ veces sem/años

-Número partos vaginales.....

-Fuma? SI / NO ...num cig/día...años

- Número de abortos

-Bebe? SI/NO.....vasos/día....años

Enfermedades (marque x)

-Diabetes

Rodee fármacos que tome

-Accidente Cerebrovascular

-Parkinson

-Tumores

- EPOC

B Agonistas

A agonistas

AINES

Antidepresivos

DIURETICO

Antag Calcio

Sedantes/
Relajantes
musculares

Antihistaminicos

Anexo 5: Cuestionario de Estudio Página 2

A rellenar por médico/ enfermera **TEST DE CRIBADO INCONTINENCIA****Grupo A:**

	SI	NO
-¿Tiene sensación de peso en la zona genital?		
-¿Al subir o bajar, se le escapa la orina?		
-¿Cuando ríe, se le escapa?		
-¿Si estornuda, se le escapa?		
-¿Al toser, se le escapa?		

Grupo B:

-Si está en la calle y tiene ganas de orinar, entra en un bar y si el lavabo está ocupado, ¿se le escapa la orina? - Cuando abre la puerta de casa, ¿ha de ir al lavabo corriendo? - Si tiene ganas de orinar, ¿tiene sensación de que es urgente y ha de ir deprisa? -Cuando sale del ascensor, ¿debe correr al servicio porque se le escapa?		
--	--	--

INDIQUE EL TIPO DE INCONTINENCIA DETECTADO.....

Anexo 5: Cuestionario de Estudio Página 3

Valoración de la ACTITUD A SEGUIR:

Variables de Consulta:

SI	NO
<p>¿Consultan con los profesionales por su problema de incontinencia urinaria?</p> <p>SI ha respondido Si ↓</p> <p>¿Con que profesional?:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Médico de familia -Enfermero/a -Ginecólogo -Farmacéutico -Urólogo -Naturista 	<p>Si ha respondido No ↓</p> <p>Señale motivo por el que no consulta:</p> <ul style="list-style-type: none"> -No le doy importancia -Por vergüenza -Piensa que no tiene solución -Le parece un proceso normal -Miedo a realización de más pruebas -No confianza con su médico

Variables Adopción de Medidas

¿Ha adoptado alguna medida ante su problema de incontinencia de orina?

- No he adoptado medida alguna
- Utilizo Absorbentes (SI/NO)
- Utilizo salvaslip (señalar número pañales/ día)
- Utilizo compresas (señalar número compresas/día)
- Utilizo pañales (señalar número de compresas /día)
- Disminuyó consumo de líquidos
- Fui operada por este motivo
- Recibo tratamiento farmacológico por este motivo
- Realizó ejercicios de fortalecimiento de suelo pélvico
- Me derivaron a otro especialista (ESPECIFICAR CUAL)

Cuestionario de incontinencia urinaria ICIQ-SF

POR FAVOR MARQUE CON UNA CRUZ EN LA CASILLA CORRESPONDIENTE A SU SITUACIÓN

1 (MARQUE X)	¿Con qué frecuencia pierde orina? (Marque sólo una respuesta)		
	Nunca	0	puntos
	Una vez a la semana	1	
	2-3 veces / semana	2	
	Una vez al día	3	
	Varias veces al día	4	
	Continuamente	5	

2	Indique su opinión acerca de la cantidad de orina que usted cree que se le escapa, es decir, la cantidad de orina que pierde habitualmente (tanto si lleva protección como si no). Marque sólo una respuesta.		
	No se me escapa nada	0	puntos
	Muy poca cantidad	2	
	Una cantidad moderada	4	
	Mucha cantidad	6	

3	¿En qué medida estos escapes de orina que tiene han afectado su vida diaria? Marque un circulo en un número entre 0 (no me afecta nada) y 10 (me afecta mucho).									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Nada									

4	¿Cuándo pierde orina? Señale todo lo que le pase a Ud.
	Nunca
	Antes de llegar al servicio
	Al toser o estornudar
	Mientras duerme
	Al realizar esfuerzos físicos / ejercicio
	Cuando termina de orinar y ya se ha vestido
	Sin motivo evidente
	De forma continua

Anexo 5: Cuestionario de Estudio Página 5

Incontinence Impact Questionnaire - Short Form IIQ-7

Para cada pregunta haga un círculo alrededor de la respuesta que mejor describe cuánto le afecta:

AFECTA SU PÉRDIDA DE ORINA A SU...

Nada Ligeramente Moderada Grave

1. Capacidad para hacer tareas domésticas
(cocinar, limpieza casa, lavar ropa)?0.....1.....2.....3

2. Actividades físicas recreativas,
épaseos u otros ejercicios)?0.....1.....2.....3

3. Actividades recreativas (cine, teatro,
conciertos, etc.)?0.....1.....2.....3

4. Capacidad para viajar en coche o
transporte público en trayectos mas
de 30 min0.....1.....2.....3

5. Participación en actividades sociales
fuera de casa?0.....1.....2.....3

6. Su buen estado de ánimo (nerviosismo,
depresión, etc.)0.....1.....2.....3

7. Haciéndole sentir
desgraciada/frustrada0.....1.....2.....3

EL CUESTIONARIO HA FINALIZADO. GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN

Anexo 6: Variables sociodemográficas y antropométricas

VARIABLES DEMOGRÁFICAS Y ANTROPOMÉTRICAS EN NUESTRO ESTUDIO				
VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL		
		Pregunta de estudio	Tipo Variable	Unidades/ Tipo respuesta
Edad Bibliografía: Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua, 22ª edición 2001	Tiempo que ha vivido una persona.	¿Qué edad tiene usted?	Variable cuantitativa discreta	Años. En nuestro estudio los criterios de inclusión sólo consideraban a las mujeres mayores de 18 a.
Estado civil Bibliografía: - Indicadores sociales. Familia y relaciones sociales. Edición 2008. - Encuesta Nacional de Salud. Publicación del Instituto Nacional de Estadística 2006	Situación jurídica de la persona en la familia y sociedad	¿Cuál es su estado civil?	Variable cualitativa nominal	- Soltera - Separada - Conviviente casada - Viuda
Nivel de estudios Bibliografía: Indicadores sociales. Nivel educativo de la población. Edición 2008 del INE	Conjunto de materias que se estudian Para obtener cierta titulación.	¿Hasta qué grado ha estudiado usted?	Variable cualitativa ordinal	- No posee - Básico - Diplomatura - Licenciatura
Nacionalidad Bibliografía: - Indicadores sociales. Estructura de población 1991-2007. INE. - Phelan S, Alka M, Subak LL et al. Prevalence and Risk Factors for Urinary Incontinence in Overweight and Obese Diabetic Women. Diabetes Care. 2000	Extranjeros residentes en España	¿De qué nacionalidad es usted?	Variable cualitativa nominal	negra, blanca, hispana, asiática, árabe
Peso, talla, IMC Bibliografía: www. seen.es (página oficial de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición)	Índice de masa corporal (IMC), descrito por Garrow. Este índice se halla dividiendo el peso (kg.) por el cuadrado de la talla (m) ($IMC = P/T^2$). Los valores normales son entre 20 y 25. < 25 normal, 25 - 27.5 sobrepeso leve, 27.5 - 30 sobrepeso moderado, 30-35 obesidad, >35 obesidad mórbida	¿Cuánto pesa? ¿Cuánto mide? (normalmente no conocían con exactitud estos datos por lo que procedíamos a pesar y medir en báscula calibrada en la consulta)	Variables cuantitativas continuas	Peso: kilogramos. Talla: centímetros. El IMC según la definición tiene como unidades Kg/m2

Anexo 7: Variables gineco-obstétricas

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL			
		Pregunta de estudio	Tipo Variable	Unidades/ Tipo respuesta	
MENOPAUSIA	Cese permanente de la menstruación, determinado de manera retrospectiva, después de 12 meses consecutivos de amenorrea, sin causas patológicas. Sucede con una media de edad de 51,4 años	¿Lleva usted más de doce meses sin menstruación sin otra causa patológica que lo justifique?	Cualitativa Dicotómica	SI / NO	
Bibliografía	World Health Organization. <i>Report of a WHO Scientific Group: Research on the Menopause in the 1990's</i> . WHO: Geneva ; 1994. (Technical Report Series 866. Soules MR, Sherman S, Parrott E, Rebar R. <i>Executive summary: Stages of Reproductive Aging Workshop (STRAW)</i> . <i>Fertil Steril</i> 2001;76:874 Henderson KD, Bernstein L, Henderson B et al. <i>Predictors of the timing of the natural menopause in the multicentric Cohort Study</i> . <i>Am J Epidemiol</i> 2008; 167:1287	INTERES DE ESTA VARIABLE: A pesar de la controversia previa existente sobre si la menopausia favorecía el desarrollo de IU, actualmente La incontinencia urinaria es un problema multifactorial y aunque puede agravarse o aparecer tras la menopausia, no se dispone de pruebas suficientes que la relacionen directamente. - Aunque hay controversia entre los defensores y detractores la THS sobre la incontinencia urinaria femenina, casi se puede resumir diciendo que son más convincentes los estudios que aseguran que la IU no se modifica ni se cura, que puede constituir incluso un factor de riesgo o que empeora durante el tratamiento hormonal.			
HISTERECTOMIA	Extirpación quirúrgica del útero	¿Le han realizado a usted cirugía ginecológica tipo histerectomía?	Cualitativa Dicotómica	SI/ NO	
Bibliografía	Wu, JM, Wechte, ME, Geller, EJ, et al. <i>Hysterectomy rates in the United States, 2003</i> . <i>Obstet Gynecol</i> 2007; 110:1091. de Tayrac, R, Chevalier, N, Chauveau-Lambling, A, et al. <i>Is vaginal hysterectomy a risk factor for urinary incontinence at long-term follow up?</i> <i>Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol</i> 2007;130-258) Miller JJ, Barros SM, Beaumont, JL et al. <i>Impact of hysterectomy on stress urinary incontinence: an identical twin study</i> . <i>Am J Obstet Gynecol</i> 2008; 198:565)	Tom DH, Brown JS. Reproductive and hormonal risk factor for urinary incontinence in later life: a review of the clinical and epidemiologic literature. <i>J Am Geriatric Soc</i> . 1998 nov;46(11):1411-7			

VARIABLES GINECO-OBSTÉTRICAS				
VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL		
		Pregunta de estudio	Tipo Variable	Unidades/ Tipo respuesta
PROLAPSO GENITAL	<p>Exteriorización de los órganos pélvicos por la vagina. Los prolapsos pueden ser de la pared anterior de la vagina (cistocele), de la cúpula vaginal, del útero (histerocele) o de su pared posterior (rectocele o enterocele)</p> <p>Síntomas de presión, bulto o protrusión y con evidencia en la exploración física de un prolapso de pared vaginal anterior y/o vaginal posterior y/o central de segundo grado o mayor.</p>	¿Tiene usted sensación de bulto o protrusión en la zona genital?	Cualitativa Dicotómica	SI/ NO
Bibliografía	<p>Palma P, Riceto C, Hernandez M, Olivares, J.M. Prolapsos urogenitales: Revisión de conceptos. <i>Actas Urol Esp</i> [online]. 2008; vol.32, n.6, pp. 618-623. ISSN 0210-4806.</p> <p>Bump RC, Mattiasson A, Bø K, Brubaker LP, DeLancey JO, Klarskov P, et al. The standardization of terminology of female pelvic organ and pelvic floor dysfunction. <i>Am J Obstet Gynecol</i>. 1996;175(1):10-17.</p> <p>Lukacz ES, Lawrence JM, Buckwalter JG, Burchette RJ, Nager CW, Luber KM. Epidemiology of prolapse and incontinence questionnaire: validation of a new epidemiologic survey. <i>Int Urogynecol J</i>. 2005;16(4):272-284.</p>	<p>Prolapso e IU coexisten frecuentemente probablemente debido a e comparten factores etiológicos. Tejidos y defectos funcionales dañados en el prolapso son también importantes contribuidores a la clínica de tracto rutinario y de modo particular en la IU. Más del 60% de mujeres con prolapso están diagnosticadas de IU y de las diagnosticadas de IU aproximadamente el 40% tienen, estudiadas de manera retrospectiva, algún grado de prolapso. Mujeres con clínica de tracto rutinario bajo deberían ser estudiadas por si padecieran algún grado de prolapso. Ahora bien la sintomatología urinaria no se correlaciona con el grado de prolapso</p>		
GESTACIÓN/ EMBARAZO	<p>Según la FIGO (2007) parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del conceptus en la mujer. El embarazo se inicia en el momento de la nidación y termina con el parto</p> <p>Según la OMS comienza cuando termina la implantación, que es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero (unos 5 o 6 días después de la fecundación). Entonces el blastocito atraviesa el endometrio uterino e invade el estroma. El proceso de implantación finaliza cuando el defecto en la superficie del epitelio se cierra y se completa el proceso de nidación, comenzando entonces el embarazo. Esto ocurre entre los días 12 a 16 tras la fecundación. En la especie humana, las mujeres atraviesan un proceso que dura aproximadamente 40 semanas a partir del primer día de la última menstruación o 38 semanas a partir del día de la fecundación, lo que equivale a unos 9 meses.</p>	¿Cuántos embarazos ha tenido?	Cuantitativa Discreta	Númérica
Bibliografía		-El embarazo es considerado como factor de riesgo para desarrollo de IU. Algunos autores defienden mayor riesgo de IU postparto en aquellas que durante la gestación desarrollan IU frente a las primíparas que durante el parto no son incontinentes		

Anexo 8: Variables Enfermedades Concomitantes (I)

VARIABLES DE ENFERMEDADES CONCOMITANTES			
VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	
		Pregunta de estudio	Unidades/ Tipo respuesta
PARKINSON	La enfermedad de Parkinson es un proceso crónico y progresivo provocado por la degeneración neuronal en la sustancia negra, lo que conlleva una disminución en los niveles de dopamina.	DCO EN OMI	Cualitativa dicotómica
	Criterios diagnósticos : Bradicinesia y al menos uno de los siguientes: <ul style="list-style-type: none">• Rigidez.• Temblores.• Inestabilidad postural no relacionada con déficits visuales, cerebrales, vestibulares o alteraciones propioceptivas.		
Bibliografía	<ul style="list-style-type: none">• J Levine CB, Fahrbach KR, Siderowf AD, et al. Diagnosis and Treatment of Parkinson's Disease: A Systematic Review of the Literature. Evidence Report/Technology Assessment Number 57. (Prepared by Metaworks, Inc., under Contract No. 290-97-0016) AHRQ Publication No. 03-E040. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. June 2003.• CKS. Parkinson's disease [Internet]. NHS; 2007 [acceso 2/5/ 2009]. Disponible en: http://www.prodigy.nhs.uk/pk.uk/parkinsons_disease.• Guttman M, Kish S.J., Furukawa Y. Current concepts in the diagnosis and management of Parkinson's disease. CMAJ 2003; 4:293-301	CLAVES PARA EL ESTUDIO DE ESTA VARIABLE	
	Los síntomas urinarios son muy comunes en la enfermedad de Parkinson (EP). Ellos son principalmente irritativos (frecuencia, urgencia, incontinencia de urgencia) y se correlacionan con el hallazgo de urodinámica contracciones involuntarias del detrusor en las primeras etapas de llenado de la vejiga (hiperreflexia del detrusor). Los síntomas de obstrucción (vacilación, chorro de orina débil) puede ser visto en un menor número de pacientes por sí solos o combinados con síntomas irritativos. Ellos pueden ser secundarios a los anticolinérgicos, uropatía obstructiva, o punto a la presencia de atrofia multististémica. La disfunción del esfínter uretral estriado y la musculatura pélvica se puede ver en un número variable en la EP, con la principal anomalía que de retraso en la relajación a la hora de inicio de la micción voluntaria.		

Anexo 9: Variables Enfermedades Concomitantes (II)

VARIABLES DE ENFERMEDADES CONCOMITANTES			
VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	
		Pregunta de estudio	Unidades/ Tipo respuesta
DIABETES	<p>La diabetes mellitus comprende un grupo de trastornos metabólicos frecuentes que comparten el fenotipo de la hiperglucemia. Existen varios tipos diferentes de DM debidos a una compleja interacción entre genética, factores ambientales y elecciones respecto al modo de vida.</p> <p>Se considera paciente diabético a aquel que cumple cualquiera de estos criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • HbA1C $\geq 6,5\%$ en pruebas validadas por las calibraciones internacionales • Glucemia tras 8 h de ayunas ≥ 126 mg/dl • Tras 2 hrs de SOG con 75 g de glucosa: ≥ 200 mg/dl • Síntomas clásicos de hiperglucemia y $G \geq 200$ 	<p><i>Diagnóstico registrado en AP-Madrid/OMI</i></p>	<p>SI NO</p>
		<p>CLAVES PARA EL ESTUDIO DE ESTA VARIABLE</p> <p>No está claro si es la propia DM o su asociación con sobrepeso y obesidad en el caso de la DM2 lo que hace que en las diabéticas haya mayor prevalencia de IU. En 2006 se publicó un ensayo (Diabetes Prevention Program Trial, DPTT) con 1957 mujeres de media 50 años de edad, media de IMC 35 kg/m², media de perímetro abdominal 104 cm, y se les asignó aleatoriamente un grupo: cambios estilo de vida, metformina o placebo. La pérdida de peso tras 3 años fue de -3,4 kg, -1,5 kg y +0,5 kg respectivamente. Las mujeres en el grupo de cambios en el estilo de vida tuvieron una disminución significativa de sus episodios de IU de esfuerzo comparadas con el placebo (OR 0,76, 95% CI 0,61-0,95). Una limitación a la credibilidad de este estudio es que en ningún momento se informa de la frecuencia de IU basal. En 2009 Phelan et al publicaron un estudio realizado de forma transversal en el estudio Look AHEAD, que comenzó en 2001, para determinar la prevalencia y los factores de riesgo de la IU entre diferentes grupos étnicos de mujeres (resultados entre las etnias que hemos comentado anteriormente) con sobrepeso y obesidad que además sufrían DM2. Según su estudio randomizado en 2.994 mujeres, la IU semanal era más prevalente (27%) que otras complicaciones asociadas a DM como retinopatía (7,5%), MAU (2,2%) o neuropatía (1,5%). Las mujeres con IMC mayor o igual de 35 tenían mayores tasas de IU de esfuerzo (55-85% mayor con $p < 0,03$) comparadas con las no obesas. La DM se asocia además a IU por neuropatía periférica: daño por la hiperglucemia de nervios periféricos, que produce retención urinaria y reduce la capacidad vesical. Comienza con una disminución de la sensibilidad para notar la vejiga llena, secundaria a la pérdida de inervación aferente autonómica.</p>	
	<ul style="list-style-type: none"> • Principios de Medicina Interna. Volumen II. Harrison. Dennis L. Kasper et al. Mc Graw Hill. 16ª edición. 2006 • Standards of diabetes care 2010. American Diabetes Association 2010 • www.upToDate.com 	<p>Bibliografía</p>	

Anexo 10: Variables Enfermedades Concomitantes (III)

VARIABLES DE ENFERMEDADES CONCOMITANTES			
VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	
		Pregunta de estudio	Unidades/ Tipo respuesta
ACCIDENTE CEREBROVASCULAR	El accidente cerebrovascular es una patología causada por un trastorno circulatorio cerebral que altera transitoria o definitivamente el funcionamiento de una o varias partes del encéfalo. Existen diversos tipos de ictus, según la naturaleza de la lesión producida en la isquemia cerebral y la hemorragia cerebral.	Diagnóstico registrado en AP-Madrid/OMI o preguntando a la paciente	SI NO
		CLAVES PARA EL ESTUDIO DE ESTA VARIABLE	
- Arboix A, Díaz J, Pérez-Sempere A, Alvarez-Sabín J en nombre del Comité de Redacción ad hoc del Grupo de estudio de Enfermedades Cerebrovasculares de la SEN. Ictus. Tipos etiológicos y criterios diagnósticos. Neurología 2002; 17 (supl 3):3-12 Bibliografía		La IU es un problema común tras ictus: ocurre en un 32 a 79% de los pacientes hospitalizados y en un 25-28% de los pacientes al alta. Además muchos estudios demuestran que es un fuerte predictor de mortalidad (52% de muerte a los 6 meses del infarto) y de disfuncionalidad moderada o severa a los 3 meses del infarto en pacientes menores de 75 años. Lo más común es que haya una hiperreflexia del detrusor por la pérdida de inhibición central, sobretodo en pacientes con infartos frontoparietales y de la cápsula interna. Produce urgencia, polaquiuria e incontinencia. Los ictus temporococipitales suelen tener estudios urodinámicos normales. También puede haber hiperreflexia o arreflexia del detrusor. Los infartos extensos se han asociado con un mayor riesgo de IU en pacientes estudiados alrededor de 21 días después del ictus, aunque los hallazgos no han sido del todo consistentes. Sí que parece demostrarse que la incontinencia urinaria de urgencia está relacionada con menor daño cerebral y mejor pronóstico del paciente. En el estudio de Patel et al publicado en 2001, de un grupo de 95 pacientes con IU 7-10 días postictus, la IU persistió a los 3 meses, un año y dos años en 34, 23 y 12 respectivamente. Se ha visto que la prevalencia de IU postictus va disminuyendo con el tiempo, aunque los estudios también demuestran que se le otorga insuficiente importancia a la IU en los pacientes postictus a pesar de que influye en gran medida en su calidad de vida: además para los pacientes que tienen IU crónica postictus no hay por el momento buenas soluciones.	

Anexo 11: Variables Enfermedades Concomitantes (IV)

VARIABLES DE ENFERMEDADES CONCOMITANTES				
VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL		
		Pregunta de estudio	Tipo Variable	Unidades/ Tipo respuesta
TUMORES	<p>Masa de células transformadas, con crecimiento y multiplicación anormales.</p> <p>NOTA: Concretamente en nuestro estudio nos centramos, por su mayor relación con la incontinencia urinaria debido a su localización, en los tumores ginecológicos (excluyendo mama) y los tumores de región abdomino-pélvica, perineal y anal.</p>	Diagnostico Registrado en AP Madrid/OMI y preguntando a la paciente	Cualitativa dicotómica	SI NO
CLAVES PARA EL ESTUDIO DE ESTA VARIABLE				
Bibliografía	<ul style="list-style-type: none"> Principios de Medicina Interna. Volumen I. Harrison. Dennis L. Kasper et al. Mc Graw Hill. 16ª edición. 2006 	<p>Según diversas revisiones como la de Lange et al en 2008, aparece IU en aproximadamente un tercio de pacientes en tratamiento de cáncer colorrectal, y a veces se da asociada a incontinencia fecal (14%). La IU que puede aparecer tras el tratamiento del cáncer rectal puede ser de urgencia, por rebosamiento, de esfuerzo o mixta. La de urgencia puede ser resultado de la disminución de capacidad de la vejiga debido al daño que puede causarse por la cirugía a los nervios hipogástricos y el plexo pélvico (inervación simpática). La incontinencia por rebosamiento puede ser causada por un daño quirúrgico en los nervios sacro aspláncicos, cuyo resultado es una marcada dificultad para el vaciamiento de la vejiga. La incontinencia de esfuerzo puede deberse a pérdida de sujeción de uretra y cuello de la vejiga. Esta sujeción es regulada por estructuras de alrededor, las más importantes: los ligamentos pubouretrales, la pared vaginal suburetral, los músculos pubococcigeos y el tejido conectivo. Todos estos componentes pueden sustituirse unos a otros en caso de disfunción. Pero si al realizar por ejemplo resección anterior baja (RAB o LAR en inglés) para tratar ciertos tipos de tumores rectales se dañan estas estructuras, conllevará incontinencia. Según Lange et al y su estudio publicado en 2008, la radioterapia influye en la incontinencia fecal pero no se ha demostrado que influya en la urinaria.</p> <p>En cuanto al tratamiento de los tumores de cervix, las complicaciones más comunes son urinarias. Esto se debe a que se produce una interrupción parcial de las fibras autonómicas que inervan la vejiga al hacer la resección, sobre todo si se realiza una histerectomía radical. Zullo et al en 2002 publicaron que esto se debe sobre todo a la resección de tejido vaginal y paravaginal. Fei Chi et al en 2009 publicaron que todo esto empeora si la paciente recibe RT.</p>		

Anexo 12: Variables Estilos de Vida (I)

VARIABLES RELACIONADAS CON LOS ESTILOS DE VIDA				
VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL		
		Pregunta de estudio	Tipo Variable	Unidades/ Tipo respuesta
ESTREÑIMIENTO	Emisión retardada e infrecuente (menos de tres deposiciones, a la semana) de heces anormalmente duras, secas y, a menudo, difíciles de expulsar.	<ul style="list-style-type: none"> ¿Cuántas deposiciones hace al día/semana? ¿Las heces son anormalmente duras o secas? 	CUALITATIVA DICOTOMICA	Nº deposiciones/día Nº deposiciones /sem ESTREÑIDO NO ESTREÑIDO
CLAVES PARA EL ESTUDIO DE ESTA VARIABLE				
Bibliografía	<ul style="list-style-type: none"> Guía de práctica clínica Fistera 2001, Mar Pizarro López, Iván Rancaño García. Centro de Salud El Cristo. Insalud. Asturias- España. 	El estreñimiento crónica puede contribuir a problemas de incontinencia, urgencia e incremento en la frecuencia urinaria y un aumento del riesgo de infección del tracto urinario.		
ACTIVIDAD FÍSICA	<p>Cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos y que produce un gasto energético por encima de la tasa de metabolismo basal. Incluye actividades de la rutina diaria, como las tareas del hogar, ir a la compra, trabajar.</p> <p>SEDENTARIO: Toda persona que en su tiempo libre no haya realizado actividad física en el mes inmediatamente anterior.</p> <p>IRREGULARMENTE ACTIVO: Quién realiza actividad física menos de 4 veces a la semana y menos de 30 minutos.</p> <p>REGULARMENTE ACTIVO: Quién realiza actividad física 5 días a la semana arriba de 30 minutos.</p> <p>ACTIVO: 30 a 60 minutos diarios</p>	<p>Los atributos que determinan la clase de actividad física son:</p> <p>realización de actividad física, días a la semana en los que se practica esta actividad y el número promedio de minutos que se dedica a esta actividad en los días que se realiza e intensidad</p>	CUALITATIVA NOMINAL	SEDENTARIO IRREGULARMENTE ACTIVO REGULARMENTE ACTIVO ACTIVO
CLAVES PARA EL ESTUDIO DE ESTA VARIABLE				
Bibliografía	<ul style="list-style-type: none"> Centro de control de las enfermedades de Atlanta. 	La actividad física también contribuye a estimular la motilidad intestinal. Además de contribuir a una pérdida de peso. Se ha visto el beneficio en la incontinencia de los ejercicios de fortalecimiento de las musculatura pélvica, musculatura abdominal y vejiga. El ejercicio del vientre puede ayudar a relajar tensión y mejorar la		

Anexo 13: Variables Estilos de Vida (II)

VARIABLES RELACIONADAS CON LOS ESTILOS DE VIDA				
VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL		
		Pregunta de estudio	Tipo Variable	Unidades/ Tipo respuesta
FUMADOR	<p>FUMADOR: Cualquier persona que dice que fuma en cualquier medida.</p> <p>SEVERO: >20 cig/día</p> <p>MODERADO: 10-20 cig/día</p> <p>LEVE: < 10 cig/día</p> <p>CONSUMO GLOBAL: N° de paquetes al día por n° de años fumando esa cantidad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Eres fumador? - SI • ¿Cuántos cigarrillos fumas al día? • ¿Siempre has fumado esa cantidad? • ¿Cuántos años lleva fumando? - NO 	<p>CUALITATIVA NOMINAL</p> <p>CUALITATIVA NOMINAL</p> <p>CUANTITATIVA</p>	<p>Fumador</p> <p>No fumador</p> <p>Severo cig/d</p> <p>Moderado cig/d</p> <p>Leve cig/d</p> <p>Cig/d/a</p>
Bibliografía	<ul style="list-style-type: none"> • Sociedad valenciana de medicina de familia y comunitaria. <p>Intervención en el paciente fumador no motivado para dejar de fumar en el próximo mes.</p>	CLAVES PARA EL ESTUDIO DE ESTA VARIABLE		
		<p>Una de las consecuencias de del hábito de fumar es el daño al esfínter urinario que es necesario para prevenir la pérdida involuntaria de orina. La tos crónica secundaria puede debilitar y dañar el esfínter y derivar en incontinencia. Una segunda consecuencia de fumar es la irritación de la vejiga por los subproductos del tabaco. El resultado es urgencia y frecuencia urinaria. Una tercera consecuencia es un notable aumento en el riesgo de cáncer de la vejiga y de vías urinarias.</p>		
CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL	<p>Cantidad (ml/cc) x N° grados alcohol x 0,8</p> <p>100</p> <p>> o igual 40 g alcohol día en hombres</p> <p>> o igual 32 g de alcohol en mujeres</p> <p>*Tabla de gradación bebidas alcohólicas</p>	<p><i>¿Qué cantidad de alcohol consume al día?</i></p> <p><i>¿Qué tipo de bebida</i></p> <p>**Ref tamaño vaso de agua</p>	<p>CUALITATIVA DICOTOMICA</p>	<p>Gramos alcohol día</p> <p>CONSUMO EXCESIVO</p> <p>CONSUMO NO EXCESIVO</p>
Bibliografía	<p>Ministerio de Sanidad y Con</p> <p>Guía consumo juvenil de alcohol •</p> <p>Declaración Estocolmo OMS.</p>	CLAVES PARA EL ESTUDIO DE ESTA VARIABLE		
		<p>El alcohol es un agente irritante para la vejiga, aumenta la micción y disminuye la Conciencia necesaria para orinar hasta que su vejiga esté llena, favoreciendo la incontinencia de urgencia.</p>		

Anexo 14: Variables Detección Incontinencia Urinaria

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL
Detección Incontinencia Urinaria	Test para detectar mujeres con incontinencia urinaria: Cuestionario validado en España para su empleo en Atención Primaria.	<p>TEST DE DETECCIÓN DE INCONTINENCIA URINARIA EN ATENCIÓN PRIMARIA</p> <p><i>Vila MA, Fernández MJ, Dalfó A, Florensa, E Orejas V, Romea S. Validación de un cuestionario para el diagnóstico de la incontinencia urinaria en atención primaria. Atención Primaria 1997; 19:121-126.</i></p> <p>Grupo A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Tiene sensación de peso en la zona genital? - ¿Al subir o bajar, se le escapa la orina? - ¿Cuándo ríe, se le escapa? - ¿Si estomuda, se le escapa? - ¿Al toser, se le escapa? <p>Grupo B</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si está en la calle y tiene ganas de orinar, entra en un bar y si el lavabo está ocupado, ¿Se le escapa la orina? - Cuando abre la puerta de casa, ¿ha de ir a lavabo corriendo? - Si tiene ganas de orinar, ¿tiene sensación de que es Urgente y ha de ir deprisa? - Cuando sale del ascensor, ¿debe correr al servicio porque se le escapa?
Bibliografía	<p><i>Vila MA, Fernández MJ, Dalfó A, Florensa, E Orejas V, Romea S. Validación de un cuestionario para el diagnóstico de la incontinencia urinaria en atención primaria. Atención Primaria 1997; 19:121-126.</i></p>	<p>PUNTUACIÓN / RESULTADO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cuatro preguntas del grupo A afirmativas probable IUE. - Tres o más preguntas positivas del grupo B, probable IUU. - Preguntas afirmativas en ambos grupos, sospecha de IUM.

Anexo 15: Variables Consulta profesional

ABORDAJE AP: VARIABLES DE ESTUDIO SOBRE COMUNICACIÓN DE IU				
VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL		
		Pregunta de estudio	Tipo Variable	Unidades/ Tipo respuesta
CONSULTA PROFESIONAL	Investigar sobre si la IU ha motivado al paciente lo suficiente como para solicitar asistencia por un profesional	¿CONSULTA CON LOS PROFESIONALES POR SU INCONTINENCIA DE ORINA?	CUALITATIVA DICOTOMICA	SI/NO
Bibliografía		CLAVES PARA EL ESTUDIO DE ESTA VARIABLE		
		<p>Sorprendentemente bajo el índice de consulta generado por este problema de salud, según los datos disponibles es motivo de consulta en menos del 30% de los casos</p> <p>una tasa de no consulta del problema del 56.8%</p> <p>Con un porcentaje de consulta de tan sólo el 14%</p>		
PROFESIONAL CONSULTADO	Aquellos que desempeñan su actividad profesional en el ámbito de la sanidad.	Incontinencia Urinaria y mujer: Un problema frecuente y olvidado. Sanchez de Enciso M, Vazquez Mejias E, Lopez Silva MC. Medicina general 2006; 790-793		
		¿CON QUÉ PROFESIONAL CONSULTÓ POR SU PROBLEMA DE INCONTINENCIA URINARIA?	CUALITATIVA NOMINAL	<ul style="list-style-type: none"> - Medico Familia - Enfermero - Ginecólogo - Farmacéutico - Urólogo - Naturista
Bibliografía		CLAVES PARA EL ESTUDIO DE ESTA VARIABLE		
		Entre las mujeres que consultan según los distintos estudios el médico de atención primaria es el más frecuentemente consultado (de entre las profesiones sanitarias más relacionadas con IU)		

Anexo 16: Variables Motivos de no consulta

ABORDAJE AP: VARIABLES DE ESTUDIO SOBRE CONSULTA POR SU IU				
VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL		
		Pregunta de estudio	Tipo Variable	Unidades/ Tipo respuesta
MOTIVOS DE NO CONSULTA	Búsqueda de las causas por las que no se demanda asistencia por profesionales	¿Cuáles son los motivos por los que no ha solicitado asistencia ante su problema de IU?	Cualitativa nominal	-No darle importancia -Por vergüenza -Pensar no tiene solución -Le parece proceso normal -Preocupación por más pruebas -No tener s confianza con su médico
		CLAVES PARA EL ESTUDIO DE ESTA VARIABLE		
CONSULTA CON SU ENTORNO S SOCIO-FAMILIARES	Necesidad de compartir/declarar su problema de IU con entorno más próximo	Algunos autores estiman que muchas mujeres consideran el problema como un hecho inevitable, ligado a la edad o, en todo caso, como una cuestión de la esfera privada, lo que en cierto modo justifica que lo habitual sea no demandar atención sanitaria por este motivo y permanezca como una dolencia oculta que no suele consultarse, por vergüenza a reconocerlo o porque la persona lo acepta como algo inevitable e irresoluble. Estudios americanos postulan que es el sentir vergüenza el factor más limitante para la comunicación.		
		Gavira FJ, Perez del Molino J, Valderrama E, Caridad JM et al. Comunicación, diagnóstico y tratamiento de la incontinencia urinaria en los ancianos de una zona básica de salud. Aten Primaria 2001;29:97-104.		
		¿Ha consultado con su entorno familiar sobre su problema de IU?	Cualitativa nominal	-Cónyuge -Familiar -Amigo/Vencino -Nadie
		CLAVES PARA EL ESTUDIO DE ESTA VARIABLE		
		Pocos estudios realizan una búsqueda sobre los distintos ámbitos de comunicación por parte de la mujer incontinencia en su ámbito más próximo, el familiar. Llama la atención que aquellas mujeres que deciden comunicar este problema lo harán antes a algún familiar que a su propio cónyuge; incluso el médico de familia suele tener conocimiento del problema antes que el marido. Esto es reflejo del ocultismo social de IU.		

Anexo 17: Variables adopción de medidas

VARIABLES DE ESTUDIO SOBRE ADOPCIÓN DE MEDIDAS FRENTE A IU				
VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL		
		Pregunta de estudio	Tipo Variable	Unidades/ Tipo respuesta
ADOPCIÓN DE MEDIDAS FRENTE A IU POR PARTE DEL PACIENTE	Investigar si la mujer con incontinencia adopta por su parte medidas frente a ella y sin haber consultado con ningún profesional sanitario	¿Ha adoptado usted alguna medida frente a su incontinencia urinaria?	Cualitativa Dicotómica	SI/ NO
		CLAVES PARA EL ESTUDIO DE ESTA VARIABLE		
TIPOS DE MEDIDAS ADOPTADAS POR EL PACIENTE ANTE LA INCONTINENCIA	Conjunto de medidas por las que el paciente ha optado ante su problema de IU y que no han sido recomendadas por ningún profesional sanitario	-Resultaría interesante conocer cuántas mujeres incontinentes deciden tomar medidas por su cuenta frente a la incontinencia sin consultar con ningún profesional sanitario.		
		¿Qué medidas escoge usted ante su problema de incontinencia urinaria sin haber consultado previamente con un profesional sanitario?	Cualitativa nominal	-No hago nada -Uso de compresas -Uso de salva-slip -Uso de Pañales -Disminuir consumo líquidos -Ir al servicio a intervalos fijos -Ejercicios suelo pélvico --Fármacos
		CLAVES PARA EL ESTUDIO DE ESTA VARIABLE		
		-Según los estudios que interrogan explícitamente sobre medidas empleadas por las mujeres con incontinencia destaca que un alto porcentaje no hace nada (80.3%) y entre las medidas más empleadas se encuentra el empleo de compresas (36%). Los ejercicios de suelo pélvico sólo se emplean en un 1,3%.		

Anexo 18: Variables Calidad de Vida

VARIABLES DE INFLUENCIA EN CALIDAD DE VIDA DE MUJERES CON IU			
VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	
CALIDAD DE VIDA	<p>Percepción de la mujer acerca de su estado de salud e influencia de la IU en su vida en las áreas: social, familiar, sexual, psicológica y biológica.</p> <p>CARACTERÍSTICAS DE LOS CUESTIONARIOS CV</p> <p>CARACTERÍSTICA</p> <p>ITEMS VALORADOS</p> <p>PUNTUACIONES</p>	<p>Se midió mediante los Cuestionarios de Salud: <i>International Consultation on Incontinence Questionnaire Short Form (ICIQ-SF)</i> y <i>el Incontinence Impact Questionnaire-Short Form (IIQ-SF)</i>.</p>	
		CUESTIONARIO ICIQ-SF	CUESTIONARIO IIQ-
		Cuestionario específico para IU validado en español	Cuestionario específico Traducido al castellano.
		Comprende tres ítems puntuables (frecuencia de pérdidas, severidad e impacto autopercebido de IU) y un apartado no puntuable sobre autodiagnóstico	La versión corta del cuestionario consta de 7 ítems para valorar la influencia de IU En la esfera de actividad vida diaria (ítems 1=actividades domésticas y 2=actividades físicas), su influencia en capacidad para realizar viajes (ítems 3=Desplazamientos-4), en las relaciones sociales (ítem 5) y finalmente su influencia en salud emocional (ítem 6 (relación social) + ítem 7 (sentimiento desgraciado, depresivo)).
		<p>. La puntuación global irá de 0 a 21 puntos determinándose como IU con afectación en CV leve puntuaciones menores a 7 puntos, IU con afectación en CV moderada puntuaciones de 7 a 12 puntos e IU con afectación en CV severa puntuaciones mayores de 12.</p>	
		<p>Cada ítem se puntúa de 0 a 3 en función de si la afectación es nula, leve, moderada o severa respectivamente. La puntuación final se expresa en porcentaje 0-100%. Y se establece unos puntos de corte correspondientes a media, moderada y severo nivel de incontinencia: <30 media; 30-50 moderada, > 70 severo</p>	

